Die Münch. Med. Wochenschr. erscheint wöchentl. in Nummern von durchschnittlich 4–5 Bogen. Preis in Deutschl. u. Oest.-Ungarn vierteljährl. 6 M., ins Ausland 7.50 M. Einzelne No. 60 ₰.

MÜNCHENER

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Ottostrasse 1. — Für Abonnement an J. F. Lehmann, Heustrasse 20. — Für Inserate und Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 16.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Ch. Bäumler, Freiburg i. B. O. Bollinger, München. H. Curschmann, Leipzig. C. Gerhardt, Berlin. W. v. Heineke, Erlangen. G. Merkel, Nürnberg. J. v. Michel, Berlin. H. v. Ranke, München. F. v. Winckel, München. H. v. Ziemssen, München.

№ 25. 19. Juni 1900. Redaction: Dr. B. Spatz, Ottostrasse 1. Verlag: J. F. Lehmann, Heustrasse 20. 47. Jahrgang.

Originalien.

Zur Kenntniss der Ursachen einer primären Iritis auf Grund einer statistischen Zusammenstellung.

Von Prof. v. Michel.

In letzterer Zeit ist mir die Thatsache aufgefallen, dass bei der Allgemeinuntersuchung von an primärer Iritis Erkrankten öfters eine chronische Nephritis gefunden wurde. Dies die nähere Veranlassung zu folgender Zusammenstellung der in den Jahren 1898, 1899 und in dem ersten Vierteljahre 1900 in der Würzburger Universitäts-Augenklinik zur Beobachtung gelangten Fälle von primärer Iritis.

Die Allgemeinuntersuchung wurde mit wenigen Ausnahmen von Herrn Professor Dr. Geigel vorgenommen, wofür ich ihm noch besonderen Dank ausspreche.

Die Zahl der während des genannten Zeitraumes beobachteten Fälle von primärer Iritis, in denen eine Allgemeinuntersuchung vorgenommen wurde, beträgt 84. Bei weiteren 10 Fällen konnte aus diesen oder jenen äusseren Gründen keine Allgemeinuntersuchung vorgenommen werden; sie bleiben daher bei der vorliegenden Betrachtung ausser Berechnung.

Auf Grund des Ergebnisses der Augen- und Allgemeinuntersuchung wurden folgende Rubriken unterschieden, nämlich:

I. Auf die Iris und das Auge überhaupt beschränkte Tuberculose bei hereditärer tuberculöser Belastung oder bei selbst mangelndem Nachweis einer Tuberculose an anderen Stellen des Körpers.

II. Iritis bei wahrscheinlicher oder sicherer Tuberculose der Lungen, der Lymphdrüsen oder anderer Körperorgane.

III. Iritis bei wahrscheinlicher oder sicherer Tuberculose der Lungen oder der Lymphdrüsen, complicirt durch Albuminurie.

IV. Iritis bei wahrscheinlicher oder sicherer chronischer Nephritis.

V. Iritis bei Erkrankung des Circulationsapparates.

VI. Iritis bei Lues.

VII. Iritis bei verschiedenen Allgemein-Erkrankungen.

Ich verzichte darauf, die einzelnen betreffenden Krankengeschichten ausführlicher mitzutheilen, was auch nur theilweise möglich wäre, da häufig die Kranken nur einmal in der Poliklinik sich vorstellten, und daher sowohl der Allgemeinbefund, als auch die Einzelsymptome der primären Iritis nur kurz aufgezeichnet wurden. Hinsichtlich der Iritis soll bemerkt werden, ob sie ein- oder doppelseitig, oder mit Entzündungen anderer Theile der Uvea oder des Auges überhaupt verknüpft war, wie beispielsweise mit einer Keratitis parenchymatosa.

I. Auf die Iris und das Auge überhaupt beschränkte Tuberculose bei hereditärer tuberculöser Belastung oder bei selbst mangelndem Nachweis einer Tuberculose an anderen Stellen des Körpers.

1. S. M., männlich, 47 Jahre alt; beiderseitige Iritis mit Pupillarschwarte; wiederholte Recidive mit zahlreichen tuberculösen Knötchen im Ligamentum pectinatum und in der Iris. Allgemein-Befund: Negativ.

2. B. M., männlich, 20 Jahre alt; beiderseitige chronische Iritis und Keratitis parenchymatosa. Bei Recidiven häufig kurze Zeit sichtbare tuberculöse Knötchen; tuberculöse Caries des Thränennasencanals. Allg. Bfd.: Negativ.

3. Br. Ch., weiblich, 26 Jahre alt; beiderseitige Iritis mit Knötchenbildung im Ligamentum pectinatum. Allg. Bfd.: Mutter und 3 Schwestern starben an Lungenschwindsucht.

4. G. R., männlich, 18 Jahre alt; beiderseitige Iritis mit tuberculösen Herden in der Aderhaut. Allg. Bfd.: Vater an Lungenleiden gestorben.

5. B. E., weiblich, 20 Jahre alt; beiderseitige Iridocyclitis; links ein einzelner tuberculöser Herd der Aderhaut. Allg. Bfd.: Negativ.

6. Z. J., männlich, 25 Jahre alt; linksseitige Iritis und Keratitis parenchymatosa. Allg. Bfd.: Mutter an Lungenleiden gestorben.

7. Sch. L., weiblich, 11 Jahre alt; linksseitige Iritis und Sklerokeratitis mit einem tuberculösen Herd in der Aderhaut. Allg. Bfd.: Negativ.

II. Iritis bei wahrscheinlicher oder sicherer Tuberculose der Lungen, der Lymphdrüsen oder anderer Körperorgane.

1. H. G., männlich, 43 Jahre alt; linksseitige acute Iritis. Allg. Bfd.: Rechte Lungenspitze verdächtig.

2. G. A., weiblich, 25 Jahre alt; beiderseitige Iritis, links Knötchen im Ligamentum pectinatum. Allg. Bfd.: Lungenspitzenkatarrh.

3. B. F., männlich, 45 Jahre alt; rechts abgelaufene Iritis mit einem tuberculösen Herd in der Aderhaut, entsprechend der Macula lutea. Allg. Bfd.: Geringgradiger rechtsseitiger Spitzenkatarrh.

4. S. B., weiblich, 9 Jahre alt; beiderseitige Iritis mit Keratitis parenchymatosa. Allg. Bfd.: Starke Schwellung der Cervicaldrüsen; Rhinitis atrophicans tuberculosa?

5. R. E., weiblich, 38 Jahre alt; beiderseitige Iritis. Allg. Bfd.: Katarrh der rechten Lungenspitze.

6. H. S., weiblich, 38 Jahre alt; rechtsseitige Iritis mit Keratitis parenchymatosa. Allg. Bfd.: Katarrh der linken Lungenspitze.

7. H. A., weiblich, 54 Jahre alt; beiderseitige Iritis. Allg. Bfd.: Beiderseitiger geringer Lungenspitzenkatarrh.

8. Kr. K., männlich, 16 Jahre alt; beiderseitige Iritis mit Knötchenbildung, sowie Keratitis parenchymatosa. Allg. Bfd.: Geringe Schrumpfung der rechten Lungenspitze, vergrösserte Milz, tuberculöse Labyrinthaffection.

9. K. M., männlich, 22 Jahre alt; rechtsseitige Iritis mit Keratitis parenchymatosa. Allg. Bfd.: Operativ beseitigte tuberculöse Lymphdrüsen im kindlichen Lebensalter.

10. H. A., weiblich, 65 Jahre alt; beiderseitige Iritis. Allg. Bfd.: Infiltration der linken Lungenspitze.

11. J. A., weiblich, 50 Jahre alt; rechtsseitige Iritis. Allg. Bfd.: Geringe Schrumpfung der rechten Lungenspitze.

12. W. L., männlich, 23 Jahre alt; rechtsseitige Iritis mit Knötchen im Ligamentum pectinatum, sowie Keratitis parenchymatosa. Allg. Bfd.: Beiderseitiger Lungenspitzenkatarrh.

13. Z. J., männlich, 47 Jahre alt; beiderseitig abgelaufene Iritis. Allg. Bfd.: Infiltration der rechten Lungenspitze, linkes Stimmband geröthet und linkes Taschenband geschwollen, wahrscheinlich Tuberculose des Kehlkopfes.

14. Kr. V., weiblich, 19 Jahre alt; beiderseitig abgelaufene Iridocyclitis. Allg. Bfd.: Katarrh der rechten Lungenspitze.

15. P. K., weiblich, 24 Jahre alt; linksseitige Iritis mit Keratitis parenchymatosa. Allg. Bfd.: Blutarmuth; am rechten Processus mastoideus eine von geheilter tuberculöser Caries herrührende Knochennarbe.

16. M. L., weiblich, 46 Jahre alt; rechtsseitige Iritis. Allg. Bfd.: Hereditär schwer belastet, geringe Infiltration der rechten Lungenspitze, Narben von tuberculösen Lymphdrüsen.

17. Sch. B., weiblich, 46 Jahre alt; beiderseitige chronische Iridocyclitis. Allg. Bfd.: Phthisis pulmonum mit Cavernenbildung.

18. K. B., männlich, 31 Jahre; linksseitige acute Iridocyclitis, Neuritis optici, frische Aderhauttuberkel; rechterseits tuberculöse Knötchen der Aderhaut und Netzhaut. Allg. Bfd.: Beiderseits Katarrh der Lungenspitze, besonders der linken.

19. Kl. E., weiblich, 34 Jahre alt; beiderseitig abgelaufene Iritis. Allg. Bfd.: In beiden Lungenspitzen vereinzelte Rasselgeräusche, für Lues kein verwerthbares Zeichen (4 Frühgeburten).

III. Iritis bei wahrscheinlicher oder sicherer Tuberculose der Lungen oder der Lymphdrüsen, complicirt durch Albuminurie.

1. W. G., männlich, 32 Jahre alt; rechtsseitige Iritis mit Keratitis parenchymatosa. Allg. Bfd.: Hereditäre Belastung, Narben von tuberculösen Drüsen; im Urin minimale Spuren von Eiweiss.

2. J. A., weiblich, 49 Jahre alt; rechtsseitige Iritis, beiderseitige Chorioretinitis centralis. Allg. Bfd.: Katarrh beider Lungenspitzen, geringe Schrumpfung der rechten, Milz vergrössert, im Urin Albumen.

3. S. L., weiblich, 33 Jahre alt; beiderseitige Iritis. Allg. Bfd.: Geringe Infiltration und Katarrh der rechten Lungenspitze; im Urin Spuren von Albumen.

4. Z. K., weiblich, 26 Jahre alt; linksseitige Iritis. Allg. Bfd.: Schrumpfung der rechten Lungenspitze, geringe Albuminurie.

5. F. M., weiblich, 61 Jahre alt; links abgelaufene Iritis. Allg. Bfd.: Geringe Infiltration mit Katarrh der rechten Lungenspitze; im Urin Spuren von Albumen (keine beweisenden Cylinder).

IV. Iritis bei wahrscheinlicher oder sicherer chronischer Nephritis.

Von einigen Fällen, die unter diese Rubrik aufgenommen wurden, dürfte es zweifelhaft sein, ob sie zu der vorhergehenden oder zu der vorliegenden Rubrik zu rechnen sind.

1. F. Th., weiblich, 28 Jahre alt; linksseitige Iritis. Allg. Bfd.: Vor 4 Jahren Behandlung wegen Nephritis im Juliusspital. Im Urin Albumen, doch zur Zeit keine beweisenden Cylinder; rechte Lungenspitze verdächtig.

2. Sch. M., weiblich, 56 Jahre alt; linksseitige Iritis. Allg. Bfd.: Herzhypertrophie, im Urin Spuren von Albumen; im Sediment vereinzelte rothe Blutkörperchen. Die rechte Lungenspitze verdächtig.

3) Pf. E., weiblich, 70 Jahre alt; linksseitige Iritis. Allg. Bfd.: Wahrscheinlich chronische Nephritis, im Urin Spuren von Albumen, mikroskopische Untersuchung unmöglich. An der linken Lungenspitze abgeschwächtes Athmen; ein Bruder starb an Auszehrung.

4. L. F., männlich, 41 Jahre alt; rechtsseitige Iritis. Allg. Bfd.: Im Urin Spuren von Albumen, im Sediment einzelne rothe Blutkörperchen, Puls auffallend arhythmisch, rechte Lungenspitze etwas weniger lufthaltig als die linke.

5. F. J., weiblich, 11 Jahre alt; rechtsseitige Iritis. Allg. Bfd.: Im Urin Albumen, Nephritis sehr wahrscheinlich, Narben von vereiterten Halsdrüsen.

6. Z. E., weiblich, 48 Jahre alt; beiderseitig abgelaufene Iritis, links mit Secundärglaukom. Allg. Bfd.: Herzhypertrophie, Atherom der Aorta mit geringer Insufficienz, im Urin Albumen, eine mikroskopische Untersuchung des Sediments unmöglich.

7. R. F., männlich, 47 Jahre alt; beiderseitige Iritis. Allg. Bfd.: Im Urin geringe Spuren von Albumen, das Sediment enthält einzelne rothe Blutkörperchen, Schrumpfniere nicht unwahrscheinlich, ziemlich beträchtliches Atherom der Radialis.

8. P. L., weiblich, 56 Jahre alt; beiderseitig abgelaufene Iritis mit Pupillarschwarte und Secundärglaukom. Allg. Bfd.: Chronische Nephritis.

9. H. A., männlich, 39 Jahre alt; beiderseitig abgelaufene Iritis. Allg. Bfd.: Herzhypertrophie, im Urin Albumen, chronische Nephritis, geringes Emphysem, Adipositas universalis.

10. W. J., männlich, 46 Jahre alt; linksseitige Iritis mit Katarakt und Secundärglaukom. Allg. Bfd.: Im Urin Spuren von Albumen, eine mikroskopische Untersuchung des Sedimentes nicht möglich, Nephritis wahrscheinlich, Emphysem; ein Bruder an Tuberculose gestorben.

11. Kl. L., männlich, 28 Jahre alt; linksseitige acute Iritis. Allg. Bfd.: Im Urin Spuren von Albumen, Cylinder wurden zur Zeit nicht gefunden, möglicher Weise Nephritis. Schwaches Herz.

12. G. P., weiblich, 33 Jahre alt; beiderseitige Iritis. Allg. Bfd.: Chronische Nephritis; zur Zeit wurden im Sediment keine Cylinder gefunden. Obesitas und Cor adiposum.

13. L. H., männlich, 63 Jahre alt; linksseitige Iritis. Doppelseitige Lähmung des Nervus abducens. Allg. Bfd.: Chronische Nephritis.

14. H. Fr., weiblich, 34 Jahre alt, rechsseitige recidivirende Iritis. Allg. Bfd.: Im Urin Spuren von Albumen, mikroskopisch Cylinder und rothe Blutkörperchen, Mutter an Schwindsucht gestorben.

15. E. E., weiblich, 49 Jahre alt; linksseitige acute Iritis. Allg. Bfd.: Im Urin Spuren von Eiweiss, sowie hyaline und metamorphosirte Cylinder. Hypertrophie des linken Ventrikels, Atherom der Gefässe.

16. Br. A., weiblich, 53 Jahre alt ;linksseitige Iritis. Allg. Bfd.: Im Urin Eiweiss, epitheliale Cylinder und rothe Blutkörperchen, schwaches Herz.

17. K. J., männlich, 40 Jahre alt; linksseitige Iritis. Allg. Bfd.: Der Urin enthält Spuren von Albumen, mikroskopisch Bruchstücke von granulirten Cylindern; die Frau des Kranken hatte zwei Todgeburten, Anhaltspunkte für Lues fehlen.

18. S. J., männlich, 28 Jahre alt; beiderseitige Iritis. Allg. Bfd.: Albuminurie, mikroskopische Untersuchung nicht möglich, Hypertrophie des linken Ventrikels.

19. L. M., weiblich, 20 Jahre alt; linksseitige Iridocyclitis. Allg. Bfd.: Im Urin Albumen, hyaline und metamorphosirte Cylinder; allgemeine Erscheinungen von Anaemie.

20. B. J., männlich, 33 Jahre alt; doppelseitige Iritis. Allg. Bfd.: Im Urin Spuren von Albumen, zur Zeit wurden keine Cylinder gefunden; Nephritis wahrscheinlich.

21. K. L., weiblich, 28 Jahre alt; beiderseitige Iritis. Allg. Bfd.: Im Urin Spuren von Albumen, mikroskopische Untersuchung zur Zeit nicht möglich, Herzhypertrophie, chronische Bronchitis des rechten Unterlappens.

22. S. B., männlich, 36 Jahre alt; beiderseitige recidivirende Iritis. Allg. Bfd.: Im Urin Albumen, doch wurden keine Cylinder gefunden; geringe Arhythmie des Pulses, leichtes Emphysem.

23. W. M., weiblich, 49 Jahre alt, beiderseitige chronische Iridocyclitis. Allg. Bfd.: Im Urin Spuren von Albumen, mikroskopische Untersuchung nicht möglich, Degeneration des hypertrophischen Herzens, mässige Sklerose der Carotiden.

24. Sch. J., weiblich, 28 Jahre alt; linksseitige acute Iritis. Allg. Bfd.: Im Urin verhältnissmässig viel Albumen, erhöhter arterieller Druck, Polyurie, chronische Nephritis.

25. G. H., männlich, 64 Jahre alt; linksseitige Iritis. Allg. Bfd.: Im Urin Spuren von Albumen, mikroskopische Untersuchung nicht möglich, Atheromatose der grossen und peripheren Arterien.

26. St. M., männlich, 28 Jahre alt; linksseitige acute Iritis. Allg. Bfd.: Geringe Vergrösserung des Herzens, im Urin Albumen und geringe Menge Zucker, wahrscheinlich chronische Nephritis.

27. St. J., männlich, 52 Jahre alt; beiderseitige Iritis. Allg. Bfd.: Wahrscheinliche chronische Nephritis.

28. S. B., weiblich, 50 Jahre alt; rechtsseitige Iritis. Allg. Bfd.: Herzhypertrophie, im Urin geringe Mengen von Eiweiss, Sedimentuntersuchung nicht möglich, Emphysem.

29. W. B., weiblich, 49 Jahre alt; beiderseitige Iritis. Allg. Bfd.: Hypertrophie des linken Ventrikels, vor 9 Jahren Nierenleiden; Urin wurde nicht geliefert, objectiv von Lues kein Zeichen, doch hatte das erste Kind einen Ausschlag und starb nach 14 Tagen; mehrere Fehlgeburten.

V. Iritis bei Erkrankungen des Circulationsapparates.

1. R. K., weiblich, 63 Jahre alt, beiderseitige Iritis. Allg. Bfd.: Stenose der Trachea, linksseitige Recurrenslähmung, Tachycardie und Albuminurie, letztere wahrscheinlich durch Stauung bewirkt, die übrigen Erscheinungen wahrscheinlich durch ein Aneurysma des Arcus aortae; Emphysem der Lungen.

2. M. J., männlich, 51 Jahre alt; beiderseits chronische Iritis und Neuritis optici, sowie Sklerose der Netzhautarterien. Allg. Bfd.: Insufficienz der Aorta, im Urin Albumen, mikroskopische Untersuchung nicht möglich, Obesitas.

3. B. K., männlich, 14½ Jahre alt; linksseitige Iridocyclitis mit starker Schwartenbildung im Glaskörper. Allg. Bfd.: Endocarditis chronica unbekannter Herkunft, mit Insufficienz der Mitralis, der Urin enthält Spuren von Albumen, eine mikroskopische Untersuchung nicht möglich.

4. H. E., weiblich, 54 Jahre alt; beiderseitige acute, links abgelaufene Iridocyclitis. Allg. Bfd.: Atherom der grossen Arterien, besonders der rechten Carotis, Lungenemphysem, Vergrösserung der Milz bei normalem Blutbefund.

5. Sch. M., männlich, 69 Jahre alt; rechtsseitige Iritis. Allg. Bfd.: Aortenklappen wegen Atheroms nicht mehr ganz arbeitsfähig, Atherom der peripheren Arterien.

6. Sp. E., weiblich, 48 Jahre alt; linksseitige Iritis. Allg. Bfd.: Hypertrophie des Herzens, Atherom der Aorta, wahrscheinlich Insufficienz, Bronchitis chronica, grosses Uterusfibroid.

7. D. P., männlich, 52 Jahre alt; linksseitige Iritis. Allg. Bfd.: Herz hypertrophisch, periphere Arterien, in mässigem Grade sklerosirt, Lungenemphysem, Katarrh der Bronchien.

8. St. J., weiblich, 59 Jahre alt; beiderseitig abgelaufene Iritis. Allg. Bfd.: Bedeutende Herzhypertrophie, Insufficienz der Aorta, Atherom, gewaltige Struma mit Druck auf die Trachea.

9. L. B., weiblich, 34 Jahre alt; rechtsseitige abgelaufene Iridocyclitis mit Katarakt. Allg. Bfd.: Geringe Insufficienz der Mitralis, im Urin Spuren von Albumen, eine mikroskopische Untersuchung nicht möglich; einige Abortus.

10. S. A., weiblich, 49 Jahre alt; beiderseitige Iritis. Allg. Bfd.: Schwaches Herz, Atherom der Aorta, im Urin Spuren von Albumen, verdächtige rechte Lungenspitze.

11. Sch. P., männlich, 22 Jahre alt; rechtsseitige Iritis. Allg. Bfd.: Klappenapparat, objectiv nicht verändert, aber wegen Arhythmie des Pulses eine Affection des nervösen bezw. musculären Apparates des Herzens wahrscheinlich, zumal seit einem heftigen Gelenkrheumatismus im vorigen Jahre Herzklopfen besteht.

12. W. B., weiblich, 30 Jahre alt; beiderseitige Iridocyclitis. Allg. Bfd.: Geringe compensirte Mitralinsufficienz, im Urin Spuren von Albumen, Gravidität im 3. Monat.

13. B. L., männlich, 28 Jahre alt, linksseitige acute Iridocyclitis. Allg. Bfd.: Geringe Mitralinsufficienz, kein Anhaltspunkt für Tuberculose; der Vater angeblich an Halsleiden gestorben.

VI. Iritis bei Lues.

1. Sch. R., weiblich, 61 Jahre alt; einseitige, abgelaufene Iritis mit Chorioretinitis. Allg. Bfd.: Lues.

2. T. R., weiblich, 52 Jahre alt; beiderseitige Iritis. Allg. Bfd.: Lues sehr wahrscheinlich.

3. Sch. M., weiblich, 46 Jahre alt; rechtsseitige chronische Iritis, links chronische Iridocyclitis. Allg. Bfd.: Lues secundaria.

4. G. S., weiblich, 26 Jahre alt; beiderseitige Iritis mit Keratitis parenchymatosa und Chorioretinitis. Allg. Bfd.: Hereditäre Lues.

Zur Lues dürfte auch der folgende Fall gerechnet werden, wenn auch zu gleicher Zeit die Erscheinungen des Diabetes (5,3 Proc. Zucker) vorhanden waren:

5. H., männlich, 59 Jahre alt, rechtsseitige, abgelaufene Iritis mit beiderseitiger centraler Chorioretinitis und Sehnervenatrophie: binasale Hemianopsie. Allg. Bfd.: Alte Lues, Diabetes.

VII. Iritis bei verschiedenen Erkrankungen.

1. Z. V., männlich, 26 Jahre alt; beiderseitige Iritis. Allg. Bfd.: Arthritis deformans.

2. B. A., männlich, 54 Jahr alt; linksseitige Iritis. Allg. Bfd.: Nichts Krankhaftes nachzuweisen, früher angeblich Gichtanfall.

3. O. P., weiblich, 61 Jahre alt; rechtsseitige Iritis mit Pupillarverschluss, Glaskörpertrübung mit partieller Netzhautablösung. Allg. Bfd.: Hochgradige Anaemie und Defatigatio senilis.

4. R. F., männlich 61 Jahre alt, linksseitige Iritis mit Keratitis parenchymatosa. Allg. Bfd.: Geringes Emphysem, chronische Bronchitis und Bronchectasie des unteren Lungenlappens.

5. W. A., weiblich, 28 Jahre alt; beiderseitige Iritis. Allg. Bfd.: Multiple Furunkeln.

6. Tr. L., weiblich, 35 Jahre alt; linksseitige Iritis mit Keratitis parenchymatosa. Allg. Bfd.: Hochgradige Anaemie, die auf starke intrauterine Blutungen zurückzuführen ist.

	Zahl	Männlich	Weiblich	Höchstes Alter	Niederstes Alter	Durchschnitts-Alter	Einseitige Iritis	Doppelseitige Iritis
Rubrik I	7	4	3	47	11	23,8	2	5
II	19	7	12	65	9	36,0	9	10
III	5	1	4	61	26	40,2	4	1
IV	29	13	16	70	11	41,6	17	12
V	13	6	7	69	14½	47,9	7	6
VI	5	1	4	61	26	48,8	3	2
VII	6	3	3	61	28	44,1	4	2
Summa	84	35	49	62	18,8	40,3	46	38

Aus vorstehender Zusammenstellung ergibt sich, dass das weibliche Geschlecht das männliche überwiegt, ebenso, dass das einseitige Auftreten einer Iritis häufiger ist als das doppelseitige. Ferner erscheinen die verschiedensten Altersclassen befallen, und sind vom 11. bis zum 70. Lebensjahre die entsprechenden Altersstufen vertreten, während das Durchschnittslebensalter 40,3 beträgt. Was das Verhältniss der Allgemeinerkrankung zur Iritis anlangt, so ergeben sich folgende Procentsätze:

Fasst man Rubrik I, II und III unter Tuberculose zusammen, so finden sich 31 Fälle, somit ein Procentsatz von 36,8. Die chronische Nephritis ist mit 29 Fällen vertreten, somit mit einem Procentsatz von 34,5, die Krankheiten des Circulationsapparates mit 13 = 15,4 Proc., die Lues mit 5 = 5,9 Proc., die verschiedenen Erkrankungen mit 6 = 7,1 Proc. Während der Procentsatz der Tuberculose im Allgemeinen demjenigen entspricht, den ich schon früher in meinem Lehrbuche der Augenheilkunde, 2. Auflage, angenommen habe, und der von Haas in seiner Inaugural-Dissertation (Würzburg 1898), betitelt: „Zusammenstellung der in den letzten 10 Jahren, 1. Jan. 1888 bis 1. Jan. 1898 in der Würzburger Univ.-Augenklinik beobachteten Fälle von primären entzündlichen Erkrankungen des Uvealtractus des Auges unter besonderer Berücksichtigung des Allgemeinbefundes" festgestellt wurde, nämlich ein solcher von 48—50 Proc., so ist andererseits recht auffällig, dass die chronische Nephritis einen so hohen Procentsatz aufzuweisen hat, nämlich 34,5, ebenso, dass die Krankheiten des Circulationsapparates verhältnissmässig nicht wenig (15,4 Proc.) betheiligt erscheinen. Wie dies auch in der Haas'schen Inaugural-Dissertation zum Ausdruck gekommen, ist die Lues nur in einem sehr schwachen Procentsatz vertreten, dort mit einem solchen von 10 Proc., hier sogar nur mit einem solchen von 5,9 Proc.

Aus vorstehender Zusammenstellung dürfte der allgemeine Schluss gezogen werden, dass die primäre Iritis ausschliesslich im Zusammenhange mit Allgemeinerkrankungen vorkommt und daher die Allgemeinuntersuchung, wenn irgend möglich, jedesmal auszuführen ist, besonders aber das Vorhandensein einer chronischen Nephritis mehr als dies bisher geschehen, zu berücksichtigen ist. Nur auf Grund des Ergebnisses der Allgemeinuntersuchung ist eine entsprechende Behandlung der primären Iritis einzuleiten.

Zum Schlusse möchte ich nicht verfehlen, hervorzuheben, dass auch bei Keratitis parenchymatosa, die im Grossen und Ganzen eine ähnliche Aetiologie aufzuweisen hat, wie die primäre Iritis, auch wenn sie ohne Complicationen von Seiten der Iris, der Sklera u. s. w. verläuft, die chronische Nephritis und die Krankheiten des Circulationsapparates eine Rolle spielen. Zum Beweis hiefür seien folgende typische Krankengeschichten angeführt:

Bei einem 27 jährigen Manne mit rechtsseitiger Keratitis parenchymatosa wurden im Urin Albumen, metamorphosirte und epitheliale Cylinder, sowie im Allgemeinen die Erscheinungen einer chronischen Nephritis gefunden, bei einem 10 jährigen Mädchen mit ebenfalls rechtsseitiger Keratitis parenchymatosa eine Insufficienz der Mitralis mit offenem Foramen ovale und Albumen im Urin. Auch wurde in einem Falle (17 jähriges, männliches Individium mit rechtsseitiger Keratitis parenchymatosa) die Complication des Vorkommens von Albumen im Urin mit gleichzeitiger geringer Verdichtung der rechten Lungenspitze festgestellt, — eine Complication die auch die primäre Iritis unter Rubrik III zeigte.

Aus dem Luisen-Hospital in Aachen.

Zur Kenntniss der acuten Osteomyelitis.

Von Dr. med. E. Koch, früher Assistent am Hospital.

Durch die mannigfachen Ergänzungen, welche die in ihren Hauptzügen längst abgeschlossene Lehre von der acuten Osteomyelitis in neuerer Zeit immer wieder erfahren hat, müssen einige Fragen hinsichtlich der Aetiologie sowohl, wie namentlich in Bezug auf Häufigkeit der Localisation und atypischen Verlauf jetzt ganz anders beantwortet werden als noch vor einem Decennium. Die Statistik in Verbindung mit der immer besser und allgemeiner durchgeführten aetiologischen Controle der Fälle haben manches früher dunkle Krankheitsbild als zur acuten Osteomyelitis gehörig erwiesen, und die jetzt übliche Methode des präparatorischen Operirens hat ihren nicht geringen Antheil an dieser besseren Erkenntniss.

Eine Sonderstellung in der Osteomyelitisfrage nehmen u. a. diejenigen Knochen ein, welche nahe an Höhlen gelegen sind. Gar manche früher dunkle Gelenkerkrankung müssen wir heutzutage auf kleine primäre Herde von acuter Osteomyelitis in den Epiphysen zurückführen. Kleine acute Rippenherde können rasch schwere Empyeme der Pleurahöhle verursachen, acute intrakranielle Abscesse verdecken durch die Schwere ihrer Symptome eine primäre Schädelosteomyelitis (Schläfenbein). Mit der acuten Osteomyelitis der Wirbelsäule wurde vor zehn Jahren kaum gerechnet; neuerdings hat man gelernt, dass schwere acute, scheinbar primäre spinale Erkrankungen, relativ oft mit tödtlichem Verlauf, auf kleine acute ostitische Wirbelherde zurückzuführen sind. Die Casuistik ist rasch von einigen wenigen Fällen, die vor zehn Jahren bekannt waren, auf 41[1]) gestiegen. Analogen Verhältnissen begegnen wir bei der acuten Ostitis des Sternum, einer Erkrankung, die, wie es scheint, selten vorkommt, aber aus verschiedenen Gründen ein ganz besonderes Interesse verdient.

Wir konnten in der Literatur nur sieben Fälle herausfinden. Sick[2]), der die fragliche Erkrankung in letzter Zeit genauer beschrieben hat, verfügt allein über vier Beobachtungen, an deren Mittheilung er noch zwei von Tüngel[3]) und Salomon[4])

---

[1]) Hahn: Beiträge zur klin. Chirurgie, Bd. 25, Heft 1.

[2]) C. Sick: Ueber acute Osteomyelitis des Brustbeins. Jahrbücher der Hamburger Staatskrankenanstalten, Bd. IV, Jahrg. 1893/94.

[3]) Tüngel: Klinische Mittheilungen aus dem allgemeinen Krankenhause in Hamburg 1863.

[4]) Salomon: Deutsch. med. Wochenschr. 1880.

anschliesst. Daran reiht sich noch ein weiterer Fall von Schede, den Mühlens[5]) erwähnt.

Diese Casuistik reicht noch keineswegs aus, um das Bild der acuten Osteomyelitis des Brustbeins als abgeschlossen erscheinen zu lassen, zumal da nur wenige Fälle geheilt wurden; denn von acht starben fünf. Da der Fall unserer Beobachtung einen solchen günstigen Verlauf nahm, möchte ich hier zunächst die Krankengeschichte folgen lassen:

Wilhelm M., 30 Jahre alt. Aufgenommen 8. V. 1899. Entlassen 9. VI. 1899.

Bei Pat. ist hereditäre Belastung irgend welcher Art nicht nachweisbar, wie er auch früher stets gesund war.

Am 3. IV. erkrankte er plötzlich Mittags, nachdem er Morgens bei bestem Wohlsein aufgestanden war, mit heftigen Schmerzen in der Magengegend. Kein Erbrechen oder anderweitige Beschwerden. Gegen Abend stellte sich hohes Fieber ein, das mitunter so heftig war, dass das Bewusstsein schwand und Delirien auftraten. Nach einigen Tagen diagnosticirte der Arzt eine linksseitige Pneumonie. Am 12. IV. localisirte sich der Schmerz in der Sternalgegend. Die Haut röthete sich, und nach einigen Tagen kam es zur Bildung einer fluctuirenden Geschwulst gut zwei Finger breit über dem Proc. ensiformis. Incision des Abscesses. Nach mehreren Tagen trat ein zweiter Abscess in der Gegend der rechten Mammilla hervor, bei dessen Incision sich dicker, grüner Eiter mit Blut untermischt entleerte. Aus beiden Incisionswunden wurden allmählich Fisteln, welche bald stärkere, bald geringere Eitersecretion unterhielten. Dabei kam Pat. sehr herunter, hatte schlaflose Nächte, schlechten Appetit, beschreibt seine Schmerzen als im höchsten Grade intensiv. Das Körpergewicht sank von 149 Pfund auf 115 Pfund. Stuhlgang unregelmässig, jedoch angeblich nie diarrhoisch. Wenig Husten, jedoch Athemnoth seit Beginn der Erkrankung; kein Erbrechen, kein Herzklopfen. Pat. kommt wegen der Schmerzen in's Hospital, 5 Wochen nach Beginn der Erkrankung.

Status: Sehr anaemisch aussehender Mann, abgemagert. Pat. macht den Eindruck eines Schwerkranken, etwa eines an acutem Empyem Leidenden. Temperatur: 37,7°.

Puls etwas beschleunigt, 96, jedoch kräftig und regelmässig. 1. Ton an der Mitralis etwas dumpf, sonst am Herzen auscultatorisch nichts Besonderes.

Bei der Percussion findet man auf der Vorderseite des Sternum eine Dämpfung, welche von der Höhe der 2. Rippe bis zur 6. Rippe hinabreicht, rechts bis zur Mammilla sich erstreckt, links in die Herzdämpfung übergeht. Hinten keine Dämpfungen. Einige vereinzelte bronchitische Geräusche. Ausserdem finden sich zwei Fisteln, eine auf dem Sternum, in der Höhe des 5. Intercostalraumes, eine andere in der Mitte zwischen der rechten Mammilla und dem Sternalrande. Die Fisteln secerniren reichlich Eiter, ihre Umgebung ist geröthet, etwas schmerzhaft auf Druck.

Am Digestionsapparat nichts Besonderes nachweisbar. Urin enthält Spuren von Albumen, im Sediment sind fein granulirte Cylinder ziemlich zahlreich vorhanden. Milztumor fehlt.

Diagnose schwankt, da die Anamnese Anfangs Unklarheiten bestehen lässt. Es kommen in Betracht: Aktinomykose der Lunge (?), tuberculöse Knochenerkrankung, acute Osteomyelitis des Sternum.

Operation am 10. V. (Dr. W. Müller). Spaltung der Fisteln, Excochleation. Die Beschaffenheit der Granulationen erinnert zunächst an Aktinomykose (stark blutend), zumal auch Schwielenbildung besteht. Haut vielfach unterminirt, so dass Gänge nach allen Richtungen auf das Sternum führen, hier in verschieden grosse eiterige Herde endigen, die erbsen- bis haselnussgross sind. Fast das ganze Corpus sterni von der 2.—6. Rippe ist eiterig-sulzig infiltrirt und wird Stück für Stück mit der Luer'schen Zange entfernt. Auf der Hinterseite erstreckt sich der Process rechts bis fast zur Mammilla, links muss der grösste Theil des Pericards freigelegt werden, das gleichfalls dick mit schmierigen Granulationen bedeckt ist. Während der Operation finden sich auf der hinteren Seite des Sternum mehrere spontan gelöste Sequester von echt acut osteomyelitischem Gepräge, in Eiter und Granulationen eingebettet. Meist klein, erreichen sie mitunter eine Länge von $1\frac{1}{2}$ cm. Lunge anscheinend intact. Der ganze kranke Theil des Sternum wird entfernt, ebenso die zweifingerdicken weichen Granulations- und Eitermassen auf dem Pericard und im Mediastinum. — Jodoformgazetamponade. Verband.

Von Züchtung war wegen der reichlichen Fistelbildung Abstand genommen worden. Im Eiter sind Staphylococcen mikroskopisch nachweisbar.

Verlauf. 10. V. Geringe Nachblutung. Puls beschleunigt, 136, mittelkräftig. Pat. hat die Aethernarkose gut vertragen. Schmerzen in der Operationswunde gering. Die Nacht verläuft relativ gut.

11. V. Puls wie gestern. Gegen Abend etwas Husten. Temperatur 39°. Pat. fühlt, was Schmerzen anbelangt, Erleichterung.

12. V. Verbandwechsel. Wunde gut und ganz trocken. Temperatur geht zur Norm zurück. Bei gutem, fieberlosem Wundverlauf erholt sich Pat. auffallend schnell, etwa wie ein Empyemkranker. Urin vom 10. Tage ab normal. 4 Wochen nach der Aufnahme Entlassung mit noch granulirender Wundhöhle und mit einer Gewichtszunahme von 24 Pfund. — Später noch mehrmals geheilt vorgestellt.

Die vorstehende Beobachtung reiht sich den wenigen seither bekannt gegebenen Fällen bezüglich des Beginns der Erkrankung ohne Besonderheiten an. Dass zunächst der Arzt eine Pneumonie annahm, ist um so weniger zu verwundern, als pneumonische Processe sowohl im Beginn als im weiteren Verlauf der Sternalostitis vorhanden sein können. Die Diagnose scheint ja im Beginn öfter schwierig zu sein, und erst Schwellung und Abscessbildung in der Sternalgegend führen auf den richtigen Weg.

Was die Localisation des Processes mit Rücksicht auf die Anatomie des Sternum betrifft, so hat Sick, wie erwähnt, alle hier in Betracht kommenden Gesichtspunkte genügend gewürdigt, und jedenfalls scheint nach dem bis jetzt vorliegenden Material die acute Ostitis im Gegensatz zur Tuberculose des Sternum häufiger im Corpus als im Manubrium aufzutreten und ebensowohl in umschriebene Nekrosen der Hinterfläche mit eitriger Mediastinitis als auch in Totalnekrose des Knochens, sowie auch endlich in Nekrosen des vorderen Abschnittes ohne Mediastinitis auszugehen. In letzterem Falle kann ja ein relativ harmloses acutes Krankheitsbild erzeugt werden. Was aber die eigentliche Schwere der Erkrankung bedingt, ist eben die Betheiligung des Mediastinums und der anstossenden serösen Häute, die zugleich den eigentlichen Sitz der Erkrankung verdunkeln können. In 3 von 5 zur Section gekommenen Fällen ist Miterkrankung der Pleura erwähnt. Dass sie in unserem Falle ausblieb, ist bei der Ausdehnung der eitrigen Mediastinitis wohl als besonders glücklicher Zufall zu betrachten, zumal durch die Abscesseröffnung an der Vorderfläche des Thorax dem Exsudat im Mediastinum nur sehr ungenügender Abfluss verschafft worden war. Jedenfalls steht soviel fest, dass in der Mehrzahl der einschlägigen Fälle es sich um eine sehr schwere Erkrankung handelt (5 Todesfälle zu 3 Heilungen). Bei unserem Patienten lag, wie bei 5 Beobachtungen der Literatur, eine reine primäre Sternalosteomyelitis vor, während andere Autoren (Sick, Tüngel) auch andere gleichzeitige Knochenlocalisationen anführen. Erwähnt sei noch das ungewöhnliche Alter bei unserem Patienten (30 Jahre); die anderen Erkrankungen fielen doch mehr in die typische Altersgrenze.

Dass, wenn irgendwo bei der acuten Erkrankung von Knochen, welche nahe an Höhlen gelegen sind, so auch am Sternum, eine möglichst frühe Diagnose und ein möglichst frühzeitiges Eingreifen für die Prognose ausschlaggebend sind, erscheint selbstverständlich. Als Eingriff würde gerade hier mit Rücksicht auf die Möglichkeit der Mediastinitis eine primäre ergiebige Trepanation des Sternum, resp. die frühzeitige Entfernung des ganzen erkrankten Knochengebietes das rationellste sein.

[5]) Peter Mühlens: Beiträge zur Osteomyelitis. Inaug.-Diss. Bonn 1897.

Zur operativen Heilung der Inversio uteri nebst einigen Bemerkungen zu ihrer Aetiologie und forensischen Bedeutung.

Von W. Thorn.

Simon Thomas, Marion Sims, O. Küstner und F. A. Kehrer haben die verschiedenen Wege zur blutigen Reinversion veralteter Uterusinversionen gewiesen und Heilungen mit Erhaltung eines functionsfähigen Organs erzielt. Es kann heute keinem Zweifel unterliegen, dass auch bei dem conservativ-operativen Heilungsversuch der Inversion dem vaginalen Wege der Vorzug gebührt; ihn beschritt bekanntlich zuerst Küstner. Er eröffnete durch Querschnitt das hintere Scheidengewölbe und den Douglas, controlirte den Trichter auf etwaige Adhaesionen, spaltete die hintere Wand des Uterus in der Mittellinie, 2 cm unterhalb des Fundus beginnend bis 2 cm oberhalb des äusseren Muttermundes, reinvertirte und vernähte den retrovertirten Uterus vom Douglas aus, der, je nachdem, sofort geschlossen oder drainirt werden soll. Borelius misslang in einem, Josephsohn in 2 Fällen die Reinversion nach dieser Methode. Ersterer spaltete desshalb die ganze hintere Wand; dasselbe thaten Duret und v. Ott; die Reinversion gelang jedesmal; die Vernähung zeigt einige, belanglose Differenzen. Kehrer, von dem richtigen Gedanken ausgehend, dass die Arbeit vom hinteren Gewölbe aus unbequemer und unsicherer sei, spaltete die vordere Wand des tief herabgezogenen Uterus bis in den vorderen Douglas, vom „Os externum und angrenzenden Ring des Scheidengewölbes bis

zur dicksten Stelle des Uterus", ohne irgend welche Rücksicht auf die Blase zu nehmen, obgleich er fürchtete, dieselbe anzureissen. Durch den Spalt der vorderen Wand stülpte er sodann fingerhutartig die hintere Wand des Corpus und Fundus ein und legte quere Catgutnähte, die ganze Wand durchgreifend und nach dem Cavum zu geknüpft; die Knüpfung soll nicht sofort, wie Kehrer es in seinem Falle machte, sondern erst nach völliger Reposition erfolgen. Diese letztere wird durch Eindrängen der Spitze des rückgestülpten Körpers und Bodens durch den Muttermund und den Schlitz des Scheidengewölbes in die Bauchhöhle unter Fixation des „Muttermundrings" mit Kugelzangen bewerkstelligt. Bei grösserem Widerstand im Laquear soll der Spalt durch Querschnitt nach beiden Seiten erweitert werden. Das Cavum wird auf 2—3 Tage mit Jodoformgaze tamponirt, was gleichermaassen die Secrete abführen und eine neuerliche Einstülpung verhindern soll.

Ueberzeugt, dass die Reinversion von dem Kehrer'schen Schnitt aus in schwierigen Fällen genau so misslingen muss, wie sie nach der Methode Küstner's wiederholt misslang und die Befürchtungen Kehrer's für die Harnblase und seine Einwendungen gegen die Spaltung der hinteren Wand theilend, habe ich kürzlich eine veraltete totale Inversion, die allen bekannten Repositionsmitteln trotzte, auf eine andere Art zur Heilung gebracht, von der ich annehme, dass sie die bislang angewandten Operationsverfahren an Sicherheit, Uebersichtlichkeit und Bequemlichkeit übertrifft und bezüglich der Heilungsdauer ihnen nicht nachsteht.

Es handelte sich um eine 31 jährige, sehr reducirte, schwer anaemische Kranke, die seit ihrer Kindheit an einem Vitium cordis laborirt, immer blutarm war und wegen Perimetritis und Bartholinitis vor der erst im 8. Jahre der Ehe erfolgten Conception behandelt wurde. Während der Schwangerschaft war das Allgemeinbefinden erheblich gestört; localer Beschwerden wegen erhielt sie verschiedentlich Opiate. Am 4. IX. 1899 wurde sie von einem hiesigen Collegen in Narkose nach linksseitiger Scheidendammincision von einem lebenden Kinde mit Forceps entbunden. Die Geburt hatte 18 Stunden gedauert. Noch bevor der erste Versuch, die Placenta zu exprimiren, gemacht wurde, fiel bei der Palpation des Uterus auf, dass die Mitte des Fundus sehr stark eingezogen war, so dass die Situation einem Uterus bicornis ähnelte. Die Expression gelang erst nach etwa 5 vergeblichen Versuchen und lieferte eine vollkommene Placenta; auch nach der Expression bot der Uterus die gleiche Configuration. Weder unmittelbar post partum, noch im Puerperium zeigte sich eine nennenswerthe Blutung. Auch sonst verlief das Wochenbett normal bis auf Urinretention, die ein zweimaliges Katheterisiren täglich bis zum 15. IX. nöthig machte. Am 28. XI. erfolgte eine Thrombose der rechten, wenige Tage später der linken Femoralis, so dass die Kranke bis Anfang November das Bett hüten musste. Bald nach dem Aufstehen stellte sich blutiger Ausfluss ein, den die Kranke zunächst nicht beachtete und von dem sie auch dem Arzt, der sie aus der Behandlung bereits entlassen hatte, keine Mittheilung machte; sie ging aus und konnte sich auch ihren häuslichen Obliegenheiten unterziehen. Am 26. I. 1900 erfolgte eine starke Blutung; der frühere Arzt, nun wieder zu Hilfe gerufen, verordnete Hydrastis; eine interne Untersuchung duldete die Kranke nicht. Die Blutung stand am 28. I., trat aber erneut in heftigem Maasse in der Nacht vom 5./6. II. auf; nun wurde die totale Inversion constatirt und zunächst tamponirt, später ein Kolpeurynther eingelegt und zuletzt eine Reposition in Narkose versucht. Ein Erfolg war nicht zu erzielen und so wurde die Kranke am 14. II. in meine Klinik überführt.

Die schwer anaemische, elende Kranke zeigte bei der Aufnahme leichte Temperatursteigerung, beschleunigten Puls und ziemlich lebhafte Druckempfindlichkeit des Beckenperitoneums. In der Vagina links ein Ulcus mit schmierigem Belag, herrührend von der Damm-Scheidenincision. Der total invertirte Uterus blutet bei Berührung ziemlich stark, die Gegend des unteren Segmentes und inneren Muttermundes erscheint sehr fest contrahirt und bretthart, das Corpus dagegen erheblich weicher. Trotz der in sachgemässer Weise von anderer Hand ausgeführten, aber misslungenen Repositionsversuche und des elenden Zustandes der Kranken, der eine baldige Hilfe erheischte, schien mir die Situation doch nicht jede Möglichkeit einer unblutigen Reinversion auszuschliessen; dazu kam, dass der Reizzustand des Peritoneums, wie die Beschaffenheit des Ulcus in der linken Vagina zur sofortigen Operation mit eventuell breiter Eröffnung der Peritonealhöhle nicht sonderlich einluden. Zunächst wurde desshalb die Perimetritis durch Eisblase, Opium etc. zum Schwinden, die Blutung durch Tamponade mit Jodoform-Glyceringaze zum Stillstand, der Uterus scheinbar auch etwas zum Abschwellen gebracht und das Geschwür nach Möglichkeit gereinigt. Durch mehrere Tage wendete ich dann den Kolpeurynter erfolglos an, ersetzte ihn darauf durch einen Schrotsack bei tiefgelagertem Oberkörper, ging wieder zur Kolpeuryse über, aber Alles ohne einen anderen Effect, als dass es wieder zu bluten begann. Die forcirte Reposition in Narkose verschob ich des Herzfehlers wegen bis zur Operation am 21. II.; auch sie gelang in keiner Weise, der Schnürring gab nicht im Mindesten nach, das Corpus blutete stark, zuletzt rissen die den äusseren Muttermund fixirenden Kugelzangen aus und der Versuch endigte mit einer tiefen Asphyxie.

Nachdem diese gehoben war, circumcidirte ich die vordere Vagina bogenförmig, schob die Blase von der Cervix ab und incidirte, ohne zunächst den vorderen Douglas zu eröffnen, die vordere Wand des Uterus in der Weise Kehrer's in genügender Länge, aber nicht völlig die Wand durchdringend. Nunmehr versuchte ich unter starkem Herabziehen der vorderen Lippe nochmals die Reposition, wieder ohne jeden Erfolg, den ich allerdings auch kaum noch erwartet hatte. Ich fühlte mich aber zu diesem von vornherein in solchem inveterirten Fall ziemlich aussichtslos erscheinenden Vorgehen verpflichtet, um womöglich die Eröffnung der Peritonealhöhle zu vermeiden. Dieses erschien hier besonders wünschenswerth, weil bei den Repositionsversuchen ausserhalb der Klinik, wie schon erwähnt, die linksseitige Scheidendammincision wieder aufgerissen und in eine schlecht granulirende Wunde verwandelt war und weil demnach sie sowohl, wie schon der blutende Uterus eine exacte Desinfection in Frage stellten.

Nach dem Misslingen dieses letzten, nur aus localen Gründen unternommenen Repositionsversuchs ging ich sofort in der schon vorher beschlossenen Weise vor, spaltete nach Eröffnung des vorderen Douglas die vordere Wand und nach Sprengung der den Inversionstrichter überbrückenden, ziemlich festen Adhaesionen auch weiter den Fundus, krempelte nunmehr mit einiger Mühe die Uteruswände um und vernähte, von vorn im Fundus beginnend, den gesetzten Schnitt. Die Adaption der Wundränder war dabei durchaus nicht leicht, zumal verschiedene Suturen durch das morsche Gewebe durchschnitten, so dass ich zu ihrer Festigung sagittale Hilfsnähte legen musste. Die quere Naht machte ich in drei Etagen, lediglich mit Catgut; die Hauptreihe durchgriff die ganze Wand ohne Mucosa, dazwischen kamen oberflächliche, über das Ganze dann peritoneale Nähte. Um dem Uterus den nöthigen Halt zu geben, zugleich auch um eine Nachblutung aus der Stelle zu verhüten, die am schwersten zu vereinigen gewesen war, dem unteren Uterinsegment, legte ich durch Vagina, vordere Uteruswand, dicht über dem inneren Muttermund und Peritoneum des Douglas anterior, eine durchgreifende Seidensutur. Die ursprünglich transversale Vaginalwunde wurde dadurch zu einer sagittalen und in dieser Lage mit Catgut vernäht; die untersten Nähte durchgriffen dabei die vordere Wand der Cervix. Das Cavum uteri wurde gründlich ausgespült und locker mit Jodoformgaze tamponirt, ebenso so die Vagina.

Spaltung, Reinversion und Naht des Uterus, Sprengung der Adhaesionen im Trichter, Versorgung der Blase etc. konnten in dieser Weise bei absoluter Uebersichtlichkeit exact und auf's Bequemste ausgeführt werden; die Blutung war dabei eine geringfügige und sicher zu beherrschen. Die Heilung verlief ohne Störungen im Operationsgebiet, nur die Herzthätigkeit liess Anfangs zu wünschen übrig, besserte sich aber rasch auf Digitalis; am 9. Tage verliess die Genesende das Bett, am 12. trat die Menstruation ein und am 15. verliess die Geheilte die Klinik. Bei der Controle, 5 Wochen später, zeigte der Uterus in allen Theilen absolut normale Form und Lage; die Genesene war völlig wohl, die Menstruation zum zweiten Mal ungestört verlaufen.

Was den primären Erfolg anbetrifft, so leistet diese Methode soviel man billiger Weise verlangen darf und ich glaube, dass man jeden, auch den hartnäckigsten, Fall damit zur Heilung bringen kann. Die Hauptschwierigkeit besteht weniger in der Reinversion als in der Adaption und Vernähung der Schnittwunde, speciell in der Gegend des Schnürringes. Hier wird neben einer dehnenden Massage der Ränder als Ultimum refugium eine Keilexcision, Basis nach der Mucosa, vorzunehmen sein, um auch diesen Hindernissen zu begegnen. Ueber die anatomische Situation des Schnürringes, dieser am meisten verengten und unnachgiebigsten Stelle am invertirten Uterus herrschen vielfach noch falsche Ansichten. Häufig verlegt man ihn in die Cervix, während er in Wirklichkeit nur das contrahirte untere Uterinsegment darstellt; vom Orificium internum abwärts existirt kein Engpass, der nicht ohne Weiteres einer forcirten Dilatation nachgäbe und ebenso sind die oberen Corpus- und Funduswände sehr viel weicher und nachgiebiger. Es mag desshalb auch in frischeren Fällen gelingen, durch einfache Spaltung des unteren Segmentes die Reinversion durchzuführen; immerhin wird ein solches Verfahren stets unsicher und der Blase und etwaiger Adhaesionen im Inversionstrichter wegen auch nicht ungefährlich sein. Wohl aber ist ein solcher Versuch nach Ablösung der Blase, Eröffnung der Plica und Controle des Inversionstrichters empfehlenswerth. In je geringerer Ausdehnung wir den Uterus spalten, desto eher werden wir erwarten dürfen, ein functionsund widerstandsfähiges Organ wiederherzustellen. Die Narbe, welche sich nach den Schwierigkeiten der Naht veralteter Fälle bildet, kann mit einer Kaiserschnittnarbe hinsichtlich ihrer Widerstandsfähigkeit einer Schwangerschaft und Geburt gegenüber sicherlich nicht in Parallele gesetzt werden. Daraus resultirt ohne Weiteres, dass jeder durch Spaltung geheilte Fall der sorgsamsten Ueberwachung während Schwangerschaft und Geburt bedarf und dass man nur unter gewissen Bedingungen berechtigt

ist, die conservirende blutige Heilung der Inversio uteri durchzuführen. Zunächst ist ja klar, dass man nur der Zeugungsfähigen den Uterus conserviren wird und auch nur dann, wenn die Reparation die Möglichkeit der normalen Function und Gestation mit Bestimmtheit erwarten lässt. Ein verstümmeltes Organ zurückzulassen, dazu sind wir wohl auch bei einer Jugendlichen nicht berechtigt. Das Verhalten der Gewebe der Gebärmutter und insbesondere derjenigen des Schnürringes wird ausschlaggebend sein müssen. Je enger und fester der Schnürring und je älter die Inversion ist, desto grösseren Schwierigkeiten wird die Vereinigung und Verheilung der gespaltenen Uteruswand begegnen. Die keilförmige Excision, die darüber hinweghelfen kann, hat ihre Grenzen, soll nicht ein verstümmeltes Organ daraus hervorgehen. Es wird zweifellos auch bei Zeugungsfähigen Situationen geben, die uns zwingen, das Organ zu opfern, sei es, dass wir einfach nur amputiren, oder totalexstirpiren. Das letztere dürfte nach dem Misslingen der conservativen Operation die Regel sein und lässt sich nach Ablösung der Blase, Eröffnung der Plica mit und ohne Spaltung der vorderen Wand in einfachster Weise durchführen. Erwägt man, dass die Totalexstirpation in dieser Manier gewiss nicht gefährlicher, als die blosse Amputation ist, aber glattere Wundverhältnisse schafft, so wird man sie als das Normalverfahren in allen Fällen acceptiren, wo die conservative Operation misslingt oder keinen Sinn hat, also bei älteren Personen und Allen, bei denen die Erhaltung der Conceptionsfähigkeit aus irgend welchen Complicationen nicht angebracht oder desshalb unmöglich erscheint, weil die Mucosa irreparable Veränderungen durch geschwürige und nekrotisirende Processe erlitten hat.

Wenn ich also auch überzeugt bin, dass man in jedem, auch dem hartnäckigsten Falle, in der oben angegebenen Weise den Uterus reinvertiren und zusammenflicken kann, so plaidire ich doch keineswegs für eine bedingungslose Verwendung dieser Methode, wie überhaupt eines conservirenden Verfahrens, sowie ich auch auf der anderen Seite der Meinung bin, dass man manche Fälle von Inversio ganz ohne Behandlung lassen soll. Atrophirt beispielsweise das Corpus in Folge der Gefässabknickung und Contraction des unteren Segmentes dermaassen, dass Amenorrhoe eintritt, so macht die Inversio unter Umständen ihrer Trägerin absolut keine Beschwerden; nur der Wunsch, die Zeugungsfähigkeit wieder zu erlangen, könnte ein Eingreifen dictiren. Handelt es sich um eine Inversion durch ein fundales Myom bei einer Zeugungsfähigen, das ohne wesentliche Verletzung des Uterus abzutragen ist, so liegt zunächst keine Indication vor, auch sofort die Inversion zu beseitigen, da eine spontane Reinversion möglich ist, resp. eine unblutige durch die Kolpeuryse erreicht werden kann. Die Kolpeuryse ist selbstverständlich in jedem Falle, wo die Reinversion geboten erscheint, an erster Stelle zu versuchen; glaubt man, einen besonders energischen Druck ausüben zu müssen, so kann man den Kolpeurynter mit feinstem Schrot füllen und zugleich Becken und untere Extremitäten hochlagern. Die digitale Reposition in Narkose soll man nicht forciren; man macht damit nur Verletzungen des Uterus und bringt die Kranke in höhere Gefahr, als wenn man spaltet. Erscheint der Fall nur mittelschwer, so mag man es zunächst mit einer Spaltung der vorderen Wand in der Gegend des Schnürringes versuchen, ohne das Peritoneum zu eröffnen. Gelangt man auch jetzt nicht zum Ziele, so circumcidire man die vordere Vagina, löse die Blase ab, eröffne die Plica, löse etwaige Adhaesionen im Trichter und spalte nun nach Bedürfniss die vordere Wand. Gelingen Adaption und Naht der Wundränder nicht mit solcher Exactheit, dass ein normales functionsfähiges Organ erhalten wird, so exstirpire man den Uterus total, mit der Abbindung an den Tuben beginnend. Die Fixation des genähten Uterus an die vordere Vagina ist zwar nicht absolut nothwendig, aber sie wird dem Organ ebenso den wünschenswerthen Halt geben, wie eine Verklebung der Nahtlinie mit Netz oder Darmschlingen verhindern, wie auch vor einer Nachblutung aus dem gefährdetsten Theil, dem unteren Uterinsegment, am besten schützen. Die fixirende Naht mag nicht höher, als äussersten Falles 2 cm über dem Orificium internum angelegt werden. Die Vagina näht man auf die vordere Cervix auf. Der Canal derselben ist zunächst weit und die Lippen klaffen, doch ist ein Wiedereintritt der Inversion bei einem so vernähten und befestigten Uterus ganz ausgeschlossen und desshalb auch eine Verengung des Lumens durch Keilexcisionen nicht nothwendig, da ganz spontan die Cervix, wie nach jeder anderen Dilatation, ihre normale Form wieder gewinnt.

Schon aus diesem Verhalten der Cervix geht ohne Weiteres hervor, dass sie ebensowenig Antheil an den Schwierigkeiten der Reinversion, wie an der Entstehung der Inversion haben kann; sie spielt hier eine absolut passive Rolle und man schreibt ihren Contractionen, die es nicht gibt, sehr zu Unrecht eine aetiologische Bedeutung zu. Ueberhaupt herrschen über die Genese der Umstülpung der Gebärmutter theilweise noch recht wunderliche Ansichten, die auf die Seltenheit dieser Anomalie zurückzuführen sind. Der eben beschriebene ist der sechste Fall, den ich zu behandeln gehabt habe; dreimal handelte es sich um puerperale, dreimal um nicht puerperale, durch Tumoren veranlasste totale Inversionen. Dazu kommen noch fünf incomplete nicht puerperale Inversionen. Vor einiger Zeit habe ich auf Grund dieses Materiales die Frage der Aetiologie der Uterusinversion eingehend erörtert [1]) und ich will mich desshalb hier darauf beschränken, nur das Wichtigste, was diese sechs Fälle lehrten, hervorzuheben.

Bekanntlich wird immer wieder behauptet, dass der Zug an der Nabelschnur und das gewaltsam ausgeführte Credé'sche Verfahren die meiste Schuld am Zustandekommen von Inversionen trügen. Vor Jahren hat bereits Beckmann auf Grund eigener Beobachtung und an der Hand eines umfangreichen statistischen Materials den Beweis geliefert, dass die überwiegende Mehrzahl aller Inversionen spontan entsteht, ohne dass exprimirt oder an der Nabelschnur gezogen worden wäre; auch die beiden von mir schon veröffentlichten puerperalen Fälle zählen hierher. Aber auch in den Fällen, in welchen Expressionsversuche gemacht oder an der Nabelschnur gezogen wurde, spielen diese Factoren eine nebensächliche Rolle, es sei denn, dass es sich um einen total atonischen Uterus handelte. Erste Voraussetzung für das Zustandekommen einer totalen Umstülpung ist fundaler resp. cornualer Sitz der Placenta, resp. in den nicht puerperalen Fällen, des Tumors; nur ganz selten führt ein tiefer sitzendes Myom zur Einstülpung, doch bleibt diese so gut wie immer incomplet. Die zweite Bedingung ist die Atonie der Placentarstelle resp. des ganzen Uterus. Analog ist die Haftstelle eines Tumors als geschwächt gegenüber der übrigen Uteruswand aufzufassen. Wird die Haftstelle der fundal sitzenden Placenta atonisch, so dellt sich der Fundus ein, ganz so, wie es in meinem letzten Falle geschah. Derartige partielle Inversionen dürften bei fundalem Sitz nicht selten sein, sie entgehen nur häufig der Beobachtung, weil sie gewöhnlich ganz vorübergehender Natur sind. Und das sind sie desshalb, weil zu allermeist in dem Augenblick, wo die mit dem Fundus herabsinkende Placenta in das untere Segment gegen das Orificium internum vorrückt, eine Contraction des Uterus ausgelöst wird, welche die Eindellung aufhebt. Erfolgt die Contraction nicht, oder zu spät, wenn schon ein Theil des von Placenta und Uteruswand gebildeten Kegels das Orificium internum passirt hat, presst etwa gleichzeitig die Puerpera oder wird von oben gedrückt oder von unten gezogen, so entsteht je nach dem Grad der angewandten Kraft und der Erschlaffung des unteren Segmentes eine incomplete oder auch complete Inversion, wenn sich nicht etwa im entscheidenden Moment die Placenta von der Uteruswand ablösen sollte. Das feste Haften der Placenta ist der dritte, die Inversion begünstigende Factor; auch dafür sehen wir als Analogon in den nicht puerperalen Fällen, dass die einstülpenden Myome — von den malignen Tumoren versteht es sich ja von selbst — zu allermeist ganz diffus in die Uteruswand übergehen. Löst sich die Placenta und tritt eine Contraction ein, so kann, je nach dem Tiefstand des invertirten Fundus, eine Reinversion, oder ein Weiterschreiten der Einstülpung die Folge sein. Pozzi hat diesen letzteren Vorgang nicht mit Unrecht mit dem Schluckact verglichen. Erfolgt die totale Inversion unter Einwirkung der Contraction des unteren Segmentes und beharrt diese, oder setzt die Contraction wenigstens unmittelbar nach vollendeter Einstülpung bei vorheriger vollkommener Atonie ein und beharrt sie, geräth also das untere Segment in einen permanenten Tonus, so ist die Puerpera vor dem Verblutungstod gerettet. Die Einstülpung kann sich so völlig symptomlos vollziehen, dass auch nicht die geringste Störung das Wochenbett trübt. Geht die Einstülpung dagegen bei völliger Erschlaffung des Uterus vor sich, löst sich die Placenta nicht, folgt auch nachträglich keine Contraction des unteren Segmentes, so ist ein übler Ausgang absolut

---

[1]) **Festschrift zur Feier des 50 jährigen Bestehens der Medicinischen Gesellschaft zu Magdeburg.**

sicher, wenn nicht sofortige Hilfe kommt. Bei völliger Erschlaffung des Uterus kann — fundalen Sitz und festes Haften der Placenta vorausgesetzt — schon allein der Druck der Därme, der gefüllten Blase, oder die geringste Steigerung des intraabdominellen Druckes durch Pressen, Husten etc. genügen, um eine Inversion einzuleiten. Dem Gewicht der Placenta oder eines Tumors kann man die Bedeutung einer einstülpenden Kraft nur für die aufrechte oder kauernde Stellung des Körpers zuerkennen; in dem einen meiner nicht puerperalen Fälle wurde beispielsweise die bereits eingeleitete Inversion zu einer totalen dadurch, dass die Kranke auf dem Abort das grosse, schwere Myom sammt Uterus und oberer Vagina durch den weiten Introitus herausdrückte. Aber alle diese Factoren, das Gewicht der Placenta, der intraabdominelle Druck und seine Steigerungen etc., sind nur von secundärer Bedeutung, genau so, wie der Zug an der Nabelschnur und der Credé'sche Handgriff. Ohne fundalen Sitz, ohne festes Haften der Placenta, ohne Atonie des Uterus, zum mindesten der Placentarstelle, wird niemals der Zug am Nabelstrang einen puerperalen Uterus invertiren, und ebenso unwahrscheinlich erscheint es, dass das jemals auch durch den gewaltsamsten Expressionsversuch gelingen könnte.

Wenn man zur Bekämpfung einer atonischen Nachblutung die künstliche Inversion als Ultimum refugium vorgeschlagen hat, so wird man heute die theoretische Berechtigung dieses Vorschlages — in praxi ist er meines Wissens nie ausgeführt worden — bestreiten müssen. Handelt es sich um einen so total atonischen Uterus, dass eine künstliche Inversion gelingt, so wird es auch nach derselben weiter bluten, weil die Contraction des unteren Segmentes fehlt; sie bringt so gut wie ausschliesslich die Stillung der Blutung zu Wege, viel weniger die blosse Knickung der Gefässe. Zudem haben wir in dem Herabziehen des Uterus in die Vulva ein weit einfacheres und ungefährlicheres Mittel, um derartige Blutungen zu stillen, dessen ausgezeichnete Wirkung bei der Exstirpation puerperaler Uteri klar geworden ist. Dieses Verfahren wird meiner Ansicht nach die Tamponade in vielen Fällen überflüssig machen und es ist vielleicht auch die Zeit nicht mehr fern, wo man es als Voract zur manuellen Lösung der Placenta verlangen wird. Wenn man bedenkt, dass diese noch immer viel zu häufig ausgeführte Operation trotz Aseptik und Antiseptik von allen geburtshilflichen die gefährlichste ist und zahlreiche Opfer fordert, so wird man zugeben müssen, dass die Art, wie ihre Ausführung gelehrt wird, der endlichen Besserung bedarf und ich glaube, dass die Besserung auf diesem Wege zu erzielen ist. Der Vorschlag Olshausen's, zur Lösung, namentlich in dringenden Fällen, wo eine exacte Desinfection zu viel Zeit zu erfordern oder nicht möglich erscheint, weil eine Abstinenz nach dem Berühren septischer Sachen in der Praxis nun einmal nicht durchführbar ist, nur die mit sterilisirtem Handschuh bewaffnete Hand zu benutzen, ist gewiss beherzigenswerth, aber er genügt nicht. Der Anfänger wird im Allgemeinen viel eher an die manuelle Lösung retinirter Placenten gehen, als der erfahrene Geburtshelfer. Jener findet durch die schlaffe Cervix nicht so leicht den Weg in's Cavum und auch hier findet er sich oft nicht sogleich zurecht. Fängt es dann noch an, zu bluten, oder haftet wirklich die Placenta fester, so kommt es leicht zur stückweisen Entfernung; dabei wird dann die Hand so und so oft ein- und ausgeführt, der Introitus, die Vagina mit abgestreift und so geschieht dann am Ende kein Wunder, wenn eine Infection der Placentarstelle erfolgt. Viel übersichtlicher und einfacher und quoad infectionem weit sicherer ist die Lösung im herabgezogenen Uterus, wie wir sie beim Abort auszuführen längst gewohnt sind. An Instrumenten benöthigt man dazu nur zweier kräftiger Muzeux'scher oder Collin'scher oder ähnlicher Zangen und zweier recht breiter Platten mit kurzen Griffen, die schon der Naht der Cervixrisse wegen in keinem geburtshilflichen Besteck fehlen sollten. Blutet es, so wird der Uterus im Speculum zunächst angehakt und tief herabgezogen; nun steht die Blutung und der Geburtshelfer hat jetzt Zeit, sich und sein Operationsfeld genügend zu desinficiren. Ohne dass die Platten entfernt zu werden brauchen, lässt sich die Hand in die sichtbar zu Tage liegende Cervicalhöhle führen und auch die ungeübte findet sich rasch im Cavum des Corpus zurecht, das von aussen gründlich herabgedrückt wird; verfügt man über sterilisirte Handschuhe, so ist ihre Verwendung dringend zu rathen. Nachtheile dürfte dieses Herabziehen des Uterus auf kurze Zeit kaum haben.

Wenn nun thatsächlich die beabsichtigte und unbeabsichtigte künstliche Inversion des puerperalen Uterus nur unter ganz besonderen Vorbedingungen möglich erscheint, die keineswegs häufig coincidiren, so werden wir die ernste Mahnung daraus ziehen, bei der Beurtheilung forensischer Fälle die grösste Vorsicht und Objectivität walten zu lassen. Weitaus am häufigsten bildet sich die Umstülpung der Gebärmutter völlig spontan aus, bald ganz acut, bald langsam, unterbrochen von Reinversionen. Auch in den Fällen, wo nachweislich ein Eingriff statthatte, ist diesem selbst nur eine unterstützende Bedeutung beizumessen. Und auch hier soll man in der Anerkennung dieses Momentes im concreten Fall vorsichtig sein. Das zeigt auf's Deutlichste der hier veröffentlichte, von einem mir als besonders gewissenhaft und tüchtig bekannten Collegen beobachtete Fall. Bereits vor der Expression der Placenta wurde die Eindellung bemerkt, allerdings nicht richtig gedeutet. Auch nach der schwierigen Entfernung der Placenta bestand sie in demselben Grade weiter und dies bestärkte den Beobachter in seiner Annahme, dass sie der Ausdruck einer starken Arcuation oder gar einer Doppelbildung des Corpus sei. Die Inversion war um diese Zeit und auch während der Naht der Scheidendammincision sicher nur eine incomplete und wenn sie bei der schwierigen Expression nicht zu einer totalen wurde, so lag dies in der Hauptsache am Widerstand des unteren Segmentes und es geht deutlich daraus hervor, wie wenig eine solche geburtshilfliche Manipulation an sich im Stande ist, eine totale Inversion zu machen. Voraussichtlich hat sich aber sehr bald der Uterus ganz spontan völlig umgekrempelt; dafür spricht insbesondere die sofortige hartnäckige Harnverhaltung; zeitweise hat dabei die Contraction des unteren Segmentes nachgelassen, der invertirte Fundus trat tiefer und gelangte so über das Orificium internum hinaus, um nun nicht mehr zurückzukönnen. Dank der energischen Zusammenziehung des unteren Segmentes war der Blutverlust während dieses Vorganges kein abnormer, so dass bei dem sonst fieberfreien Verlauf des Puerperiums keine Veranlassung zu einer internen Exploration, die allein die Situation hätte aufklären können, vorlag; auch die Thrombosen forderten dazu nicht auf, da sie in natürlichster Weise auf den Herzfehler der primär Anaemischen zurückzuführen waren; die äussere Untersuchung aber unterlag gewiss Täuschungen durch die gefüllte Blase. Die lange, durch die Thrombosen bedingte Bettruhe gab dem umgestülpten Organ Gelegenheit, sich zu annähernd normaler Grösse zurückzubilden. Nur das Corpus blieb etwas gross und weich, wohl weil die einschnürende Wirkung des unteren Segmentes sich in der späteren Zeit minderte. Erst als die Kranke wieder umherlief und die menstruellen Congestionen wieder einsetzten, kam es zu Blutungen, die endlich die interne Exploration der widerstrebenden Kranken erzwangen.

Aehnlich wird die Inversion sich in allen jenen Fällen vollzogen haben, die durchgekommen sind und kürzere oder längere Zeit nach der Entbindung, oft ganz zufällig, entdeckt wurden. Wenn aber feststeht, dass die allermeisten Inversionen völlig spontan entstehen, dass auch in jenen Fällen, wo nachgewiesenermaassen am Nabelstrang gezogen oder exprimirt wurde, diesen Manipulationen höchstens nur eine unterstützende Bedeutung beizulegen ist, wenn es weiter im höchsten Grade unwahrscheinlich erscheint, dass bei normalem Verhalten des Uterus auch der rohesten Kraft es gelingen könnte, ihn zu invertiren, wenn wir zuletzt erfahren, dass der Vorgang der totalen Umkrempelung so völlig ohne Symptome sich abspielen kann, dass auch der aufmerksame Beobachter keinen Grund zu einer genaueren Exploration findet, so werden wir in einem forensischen Falle, falls nicht ganz besondere Unterlassungssünden oder besonders rohe Manipulationen zur Evidenz nachgewiesen werden, uns schwer hüten müssen, eine etwaige Schuldfrage zu bejahen. Spielten in der Aetiologie die Expression der Placenta und der Zug an der Nabelschnur wirklich jene Rolle, die man ihnen immer noch vindicirt, so würde die puerperale Inversion keine so grosse Seltenheit sein, wie sie es thatsächlich ist. Die anatomische Situation und die physiologische Function des unteren Uterinsegmentes verhindern bei dem nicht allzuhäufigen fundalen Sitz der Placenta, der leicht eine Störung der complicirten Action der fundalen und cornualen Musculatur in Gestalt der Atonie bedingt, ebenso jede erheblichere Einstülpung, wie sie andererseits die eingeleitete unter ungünstigen Umständen zu einer perfecten machen, aber auch die complete in ihrer todtbringenden Wirkung paralysiren und zuletzt

die Reinversion so sehr erschweren und oft absolut hindern können. Der oft geübte Vergleich der Uterusinversion mit der Darminvagination hinkt der total verschiedenen anatomischen Verhältnisse wegen stark und kann höchstens für die Fälle gezogen werden, die bei völlig erschlafftem Uterusmuskel entstehen. Diese gefährlichste Art der puerperalen Inversion scheint glücklicherweise die seltenere zu sein, soweit sich das aus der in der Literatur niedergelegten Casuistik schliessen lässt; jeder solche Fall ist rettungslos verloren, wenn nicht augenblickliche Hilfe oder im letzten Moment doch noch eine Contraction des unteren Segmentes einsetzt.

Zur Retroflexio uteri gravidi cum incarceratione.

Von Dr. Karl Reinecke in Blomberg.

Es ist Thatsache, dass man auch bei sehr grossem Beobachtungsmaterial selten Fälle von Incarceration des graviden retrovertirten oder retroflectirten Uterus sieht. Dieser Satz Schauta's sei als Motivirung für die Publication eines von mir beobachteten Falles von Einklemmung der schwangeren retroflectirten Gebärmutter hier citirt. Ausserdem erscheint mir der vorliegende Fall auch dadurch interessant, dass es sich um eine Primigravida handelt, welche sich vorher angeblich immer des besten Gesundheitszustandes erfreut hat. Die Patientin gehört der körperlich schwer arbeitenden Classe der Bevölkerung an, die erfahrungsgemäss vorwiegend von diesem Leiden heimgesucht wird.

R., 19 Jahre alt, ein kräftig gebautes Mädchen von mittelgrosser Statur und gut entwickelten Körperformen, ist angeblich immer gesund gewesen und stets regelmässig menstruirt. Die letzte Menstruation war Anfang Juni 1899. Vor 15 Tagen hat die Patientin Frost gehabt und stellten sich Leibschmerzen und Urinbeschwerden ein, die vorher nicht vorhanden waren. Eine Woche lang bestand angeblich vollständige Urinverhaltung; darauf beständiges Harnträufeln.

Verfasser sah die Kranke am 20. October am Abend. Aengstlicher Gesichtsausdruck. Erschöpfung. Pulsschläge vermehrt. Kein Fieber. Eine gleichförmig fluctuirende Geschwulst, welche bis zur Mitte zwischen Nabel und Schwertfortsatz des Brustbeins reichte, hätte die Grösse eines Uterus von 8 Monaten vortäuschen können. Nirgends feste Theile sichtbar. Kein Ascites. Die Vulva war von ammoniakalisch riechendem Urin überdeckt. Die kleinen Schamlippen waren sehr stark oedematös geschwollen, von der Grösse eines Hühnereies. Die Vagina war nach vorn stark comprimirt. Der touchirende Finger erreicht zunächst die stark gefaltete hintere Vaginalwand und kommt nur mit äusserster Anstrengung oberhalb der Symphyse bis an die kleine plattgedrückte Portio vaginalis. Zwischen hinterer Scheiden- und vorderer Mastdarmwand ein kindskopfgrosser, elastischer Tumor, welcher die hintere Scheidenwand und anscheinend auch den Damm etwas vorwölbt.

Die Diagnose musste demnach lauten: Retroflexio uteri gravidi cum incarceratione.

Die Behandlung hatte in der Reposition des incarcerirten Uterus nach vorheriger Entleerung der Blase zu bestehen. Der Katheter entleerte 3100 g eines trüben, ammoniakalisch riechenden Urins, worauf die vorhin erwähnte Geschwulst nahezu völlig geschwunden war, und sich also als gefüllte Harnblase documentirte. Sogleich wurde die Reposition des Uterus angeschlossen und es gelang dieselbe mit einiger Mühe von der Vagina aus.

Die Kranke fühlte sich jetzt bedeutend erleichtert. Der Urin konnte am folgenden Tage noch nicht spontan entleert werden. Durch den Katheter flossen über 2000 g Urin aus der Blase ab. Der Uterus hatte seine normale Lage beibehalten. Am nächsten Tage wurde etwas Urin willkürlich gelassen, doch erwies sich die Blase noch erheblich ausgedehnt, so dass noch einige Tage der Katheter benützt werden musste. Der Uterus blieb dauernd in seiner normalen Lage. Die Blasenschwäche war nach 8 Tagen geschwunden, der Urin wieder von normaler Beschaffenheit. Die Schwellung der kleinen Labien war dagegen noch erheblich. Das Befinden der Patientin war von jetzt dauernd gut.

Bei der Betrachtung des vorliegenden Falles sollen Ursachen, Verlauf, Diagnose und Therapie der Incarceration der Retroflexio uteri gravidi eingehende Erörterung finden.

Die Retroflexio uteri gravidi entsteht in den meisten Fällen dadurch, dass bei bestehender Lageveränderung der Gebärmutter Gravidität eintritt. Wie erklärt sich nun das verhältnissmässig seltene Vorkommen der Incarceration der retroflectirten schwangeren Gebärmutter im Vergleich zu der Häufigkeit der Dislocation bei Nichtschwangeren?

Zunächst ist zweifellos ein günstiger Ausgang dieser Complication häufiger, als man zu glauben geneigt sein sollte. In der Mehrzahl der Fälle richtet sich der schwangere Uterus von selbst auf; in anderen, ebenfalls nicht seltenen Fällen, tritt eine Unterbrechung der Schwangerschaft, der Abort, ein; und glücklicher Weise selten kommt es zur Einklemmung des das ganze kleine Becken ausfüllenden Organs mit seinen mehr oder weniger schweren Folgezuständen.

Die spontane Aufrichtung der retroflectirten graviden Gebärmutter, welche zumeist im zweiten oder dritten Monate der Gravidität erfolgt, spielt sich nach der gewöhnlichen Annahme in der Weise ab, dass sich die vordere Uteruswand stärker ausdehnt und den übrigen Uteruskörper nach sich zieht. Nach Chroback sollen gerade die Contractionen der über den vorderen Knickungswinkel stark gespannten Längsmusculatur die Aufrichtung des Uteruskörpers bewerkstelligen. Die spontane Reposition des graviden Uterus kann sehr schnell vor sich gehen. P. Müller berichtet von einem Falle, wo er am Abende im Douglas'schen Raume den apfelgrossen Uterus vorfand, und am folgenden Tage war derselbe in exquisiter Anteflexionsstellung.

Warum in dem einen Falle Naturheilung der Deviation zu Stande kommt, im anderen nicht, diese Frage ist noch nicht hinreichend geklärt. Wahrscheinlich spielt die Form und die Wölbung des Kreuzbeins und das mehr oder weniger starke Vorspringen des Promontoriums eine Rolle; auch das Gefüge der Wandungen der Gebärmutter kommt in Betracht. Je weicher die Wandungen der Gebärmutter sind, oder bei der Auflockerung in Folge der Gravidität werden, um so günstigere Bedingungen sind für die spontane Aufrichtung der Gebärmutter vorhanden. Bleibt das Organ fest, so sind die Aussichten für die Reposition ungünstig. Im ersten Falle — und das ist der häufigere Ausgang — erfolgt dieselbe allmählich, im letzteren Falle tritt dieselbe acut ein. Da die Erfahrung lehrt, dass die weichen aufgelockerten Uteri meist flectirt, die sehr starrwandigen meist vertirt sind, so ist erklärlich, dass die Retroflexio mehr als die Retroversio zur spontanen Aufrichtung disponirt.

In seltenen Fällen erfolgt die Reduction der schwangeren Gebärmutter nicht vollständig. Ein Theil der hinteren Uteruswand bleibt auch fernerhin im kleinen Becken zurück und ist als weicher Tumor, der der hinteren Scheidenwand aufliegt, zu palpiren. Solche Fälle sind als partielle Retroflexio uteri gravidi beschrieben worden. Die Cervix steht dicht hinter oder oberhalb der Symphyse und das hintere untere Uterinsegment ist zwischen Cervix und Promontorium stark in das kleine Becken herabgepresst; der grössere Theil des Uterus und des Kindes liegen dabei oberhalb der Symphyse. Solche Beobachtungen sind von Greaves, Hecker, Ramsbotham, Michaelis, Franke, Jackson, Merriman, Oldham, Wyse, Brandeis, G. Veit mitgetheilt. G. Veit hat eine ausführliche Darstellung des Verlaufes dieser 11 Fälle von partieller Retroflexio des graviden Uterus gegeben. In 5 Fällen erreichte die Schwangerschaft ihr normales Ende; im 6. Falle gelang es, sie diesem durch die künstliche Reposition zuzuführen; in zweien erfolgte eine Früh-, in dreien sogar eine unreife Geburt. Incarcerationserscheinungen stellten sich in 3 Fällen ein und zwar in einem zu Ende des 4., in dem zweiten zu Ende des 6. und im dritten zu Ende des 8. Monats ein. In dem letzten Falle wurden sie schnell durch Reposition gehoben, in den beiden anderen dauerten sie bis zur Unterbrechung der Schwangerschaft fort. Wie die Erfahrungen von Greaves, Hecker und Michaelis lehren, ist die Gefahr eines verfrühten Eintrittes der Geburt aber keineswegs an den Eintritt oder die längere Dauer von Incarcerationserscheinungen gebunden.

Der zweithäufigste Ausgang der Complication besteht in der Unterbrechung der Schwangerschaft, in Abort. Der Prädilectionsmonat für den Eintritt des Aborts ist der vierte. Weil in diesem Monate der Uterus gerade das kleine Becken ausfüllt, liegt die Anschauung nahe, dass es gerade der Druck des Beckens auf den weiter wachsenden Uterus ist, welcher zur Störung der Circulation in den Wandungen des Uterus und zur Anregung der Wehenthätigkeit und somit zur Ausstossung des Eies führt. Anderseits macht man häufig die Beobachtung, dass der Abort früher, im 2. oder 3. Monat erfolgt, wo die Ursache für den Abort ausserhalb der oben angedeuteten grobmechanischen Verhältnisse gesucht werden muss. In erster Linie sind wohl die gestörten Circulationsverhältnisse für den Abort verantwortlich zu machen, zu welchen sich bei der durch die Gravidität hervorgerufenen Succulenz nur anscheinend geringe Störungen zu gesellen brauchen, um Gefässrupturen und Blutungen in der Decidua also somit schwere Verletzungen des Eies, zu Stande kommen zu lassen. Eine weitere Disposition für das Zustandekommen der-

artiger, die Schwangerschaft störender Blutungen müssen wir in den endometritischen Processen erblicken, welche ebenfalls häufig Folgeerscheinung der Rückwärtslagerung der Gebärmutter sind. In der That gibt es nicht ganz wenig Frauen, welche aus dieser Ursache viele Male hintereinander abortiren und fast immer um dieselbe Zeit, etwa 8 bis 10 Wochen nach der letzten Menstruation. Oft wechseln aber bei ihnen auch reife Geburten mit Aborten ab, während bei anderen, ebenfalls an Retroflexion leidenden Frauen alle Schwangerschaften ausgetragen werden.

Während nun in den meisten Fällen dieser Dislocation des schwangeren Uterus das Leiden schon vor der Gravidität bestand, kann sich auch die Retroversion oder Retroflexion im verengten, stark geneigten Becken allmählich entwickeln, indem der Fundus am Promontorium ein Hinderniss findet oder bei starken Anstrengungen oder länger dauernder Blasenfüllung, falls vorher eine Parametritis anterior bestanden hat, nach hinten gedrängt und herabgepresst wird. Acut kann der Uterus durch eine ihn von vorn und oben treffende plötzliche Gewalt nach rückwärts dislocirt werden. Es kommen Fälle vor, wo Patienten bestimmte mechanische Momente, z. B. das Herunterspringen von einem Stuhle, das Heben einer schweren Last, den Versuch, unter starker Anstrengung der Bauchpresse im Bette liegend zu uriniren (Fall aus der gynäkologischen Klinik in Bonn) als Entstehungsursache bezeichnen und von diesem Augenblicke an ihre Beschwerden datiren. Falls man auch die Richtigkeit dieser Beobachtungen zugibt, wird man doch an eine bereits vorhandene, aber mehr oder weniger latent gebliebene Deviation des Uterus denken müssen, die dann unter dem Einflusse des uterinen Wachsthums oder durch einen traumatischen Einfluss den durch Incarceration des Uterus, sowie durch Compression der Nachbarorgane bedingten Symptomencomplex auslöst. Feste Verwachsungen zwischen dem Uterus und den Nachbarorganen vermögen einerseits die Reposition unmöglich zu machen (Pinard und Varnier), andererseits aber allmählich nachzugeben (A. Martin) und die Wiederherstellung der normalen Lage gestatten.

Die Thatsache, dass es schon recht ungünstiger Umstände bedarf, um den Eintritt der Incarcerationserscheinungen hervorzurufen, erklärt einmal das seltene Auftreten des Leidens und desgleichen das vorzugsweise Vorkommen bei den ärmeren, arbeitenden Bevölkerungsschichten. Auch die Indolenz der Kranken trägt ihr Theil dazu bei, dass dieselben nicht gleich bei Beginn der nicht unbedeutenden Störungen ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen. Entweder unterschätzen die Kranken aus Trägheit oder Unverstand die Bedeutung ihres Leidens, oder, weil die Harnverhaltung nach ein- oder mehrtägiger Dauer verschwindet, indem bei einer gewissen Ausdehnung der Blase ein Theil des angesammelten Harnes immer entleert wird, halten sich die Kranken für genesen. Schon diese Umstände bringen es mit sich, dass eine Anzahl von Retroflexionen des schwangeren Uterus nicht vor Ende des 4. oder gar des 5. Monats zur ärztlichen Beobachtung gelangt. Fälle von hochgradiger Indolenz der Kranken sind von May und Osiander veröffentlicht worden. Die erste Kranke beanspruchte erst nach 7 Wochen langem, schwerem Leiden, nachdem die Schwangerschaft bereits 21 Wochen gedauert hatte, ärztliche Hilfe. Die von Osiander behandelte Kranke kam erst in der 17. Woche in ärztliche Behandlung.

Falls nicht spontane Aufrichtung oder der Abort erfolgt, muss für jeden schwangeren retroflectirten Uterus der Zeitpunkt eintreten, wo derselbe nicht mehr im kleinen Becken Platz findet. Obwohl Fälle vorkommen, wo Frauen bis zu einem bestimmten Zeitpunkte keinerlei Beschwerden gehabt zu haben vorgeben, bestehen doch schon lange vor Eintritt der Incarcerationserscheinungen Gefühl von Druck im Becken, Kreuzschmerzen, Stuhlverhaltung und Harndrang. Selten kommt es vor, dass diese Beschwerden sich allmählich steigern, bis zuletzt Erscheinungen der Incarceration sich hinzugesellen. Gewöhnlich setzen die Incarcerationserscheinungen mehr oder weniger plötzlich ein nach relativem Wohlbefinden der Schwangeren. Die ersten Symptome, welche die Einklemmung hervorruft, betreffen die Blase und den Mastdarm. Der erste Effect ist die Urinverhaltung mit quälendem Drang zum Uriniren. Bald jedoch ändert sich das Krankheitsbild. Die Blase wird mehr und mehr ausgedehnt, und ist der Moment gekommen, wo die Ausdehnungsfähigkeit der Blase ihren Höhepunkt erreicht hat, wird proportional der Menge des durch die Ureteren zuströmenden Urins tropfenweise fortwährend ein gewisser Ueberschuss Urin ausgepresst. So entsteht das Harnträufeln, die Ischuria paradoxa. Durch die sich mehr und mehr füllende Blase wird der Leib bis zum Nabel stark vorgewölbt, ja noch höher hinauf bis zur Herzgrube. In unserem Falle reichte die Blase bis zur Mitte zwischen Blase und Schwertfortsatz des Brustbeins. Die Harnverhaltung ist durch directe Compression der Harnröhre und Verlagerung derselben bedingt. Die Symptome von Seiten des Rectums sind nicht so hervortretend. Obstipation der Frauen besteht ja auch nicht selten bei der Schwangerschaft, ohne dass eine Lageveränderung des Uterus vorhanden ist. Wichtiger schon sind heftige Schmerzen beim Stuhlgang. Dabei stellen sich Kreuz- und Leibschmerzen ein verbunden mit einem unerträglichen Gefühl von Drängen nach unten. Bei andauernder Stuhlverstopfung sind Erbrechen und Erscheinungen von Ileus beobachtet worden. Auffallend war in unserem Falle die starke oedematöse Schwellung der kleinen Labien, welche die Grösse eines Hühnereies erreicht hatte und nach 8 Tagen erst bis auf die Hälfte zurückgegangen war.

Trotz dieser schweren Einklemmungserscheinungen ist noch ein spontanes Aufsteigen des vergrösserten Uterus oder des Aborts beobachtet worden. Nach v. Haselberg kam der Abort trotz 5 monatlicher Frucht und vollständiger Umkehrung der Gebärmutter, so dass die Portio vaginalis gerade nach oben sah, dennoch zu Stande. In anderen Fällen kann eine heftige Entzündung des Uterus und seines serösen Ueberzuges und im Anschluss daran noch bedeutendere Anschwellung des Organs, heftige Leibschmerzen, Meteorismus und Fieber hinzukommen. Ein serös-eitriger Ausfluss aus der Vagina stellt sich ein und der Fundus wird, indem die Bauchpresse reflectorisch erregt wird, immer mehr nach unten getrieben, so dass er den Damm vorwölben kann. Halbertsma theilt mit, dass der Fundus sogar als Geschwulst, in der kleine Theile zu fühlen waren, aus dem thalerweit geöffneten Anus hervortrat.

Gefahrdrohend sind die Folgezustände der Harnretention. Entwickelt sich dieselbe langsam, so kann die Blasenmusculatur stark hypertrophiren. Dauert die Ischurie lange, so kommt es zur ammoniakalischen Zersetzung des Urins und ihren Folgezuständen. Die Folge der Dehnung der Harnblase äussert sich in der Weise, dass die weniger dehnbare Schleimhaut an einzelnen Stellen eine Continuitätstrennung erleidet, und der Harn zwischen Schleimhaut und Muscularis tritt. Allmählich kann auf diese Weise die Schleimhaut losgetrennt werden, so dass dieselbe als schlaffe, flottirende Membran in der nunmehr von Muscularis gebildeten Blase schwimmt und durch die Harnröhre im Ganzen oder in Stücken entleert werden kann.

Fälle von Ausstossung der Blasenschleimhaut sind von Hausmann, Wittich, Spencer-Wells, Schatz, Moldenhauer, Brandeis, Zweifel, Frankenhäuser, Madurowitz, Meffert und Haultain publicirt worden. Die von Schleimhaut entblösste Muskelwand vermag dem Einflusse der ammoniakalischen Urinzersetzung auch nicht lange zu widerstehen. Der Harn drängt sich zwischen die Trabekeln der Muskelschicht und gelangt nach aussen. Die acute Ruptur der Blase mit Austritt des zersetzten Urins in die Bauchhöhle scheint sehr selten zu sein und würde dann direct zum Tode führen. Gewöhnlich ist, wenn die Serosa perforirt wird, bereits vorher eine Verlöthung der Darmschlingen zu Stande gekommen. Der Urin sammelt sich dann zwischen den verlötheten Darmschlingen in einer neugebildeten Höhle an, von wo derselbe in den freien Bauchraum oder auch in den Darm durchbrechen kann. Nach Krukenberg sind Fälle von Blasenruptur mitgetheilt von: Van Doewen, Lynn, Hunter, Naumburg, Saxtorph, Moreau, Southey, E. Schwarz und Krukenberg selbst.

Die Diagnose der Retroflexio uteri gravidi ist für die Mehrzahl der Fälle nicht schwierig. Zunächst müssen bei bestehender Incarceration die subjectiven Angaben der Patientin berücksichtigt werden. Die Kranken geben an, die Menstruation sei 2 bis 3 mal ausgeblieben, und seit einiger Zeit gehe der Urin fortwährend tropfenweise ab. Erst auf Befragen geben sie zu, dass im Anfange Harnverhaltung bestanden habe. Bei der äusseren Untersuchung des Leibes fällt die charakteristische Gestalt eines runden Tumors auf, der sich bis zum Nabel und darüber hinaus erstrecken kann. In der Regel ist der Tumor prall elastisch; die Blase, als solche ist der Tumor anzusprechen, kann bei bedeutender Füllung und Spannung ein bretthartes Gefühl darbieten, besonders dann, wenn die Musculatur stark hypertrophirt ist. Bei

der inneren Untersuchung fühlt man die Scheide sogleich vom Introitus an nach vorn und oben verlaufend; hinter der Symphyse oder oberhalb derselben steht die Portio, in manchen Fällen nur mit Mühe oder gar nicht zu erreichen. Ist die Schmerzhaftigkeit der Leber nicht zu bedeutend, so kann man nach der Entleerung der Blase sich durch die combinirte Untersuchung davon überzeugen, dass ein Tumor an der Stelle, wo normaler Weise der Fundus des Uterus zu tasten ist, fehlt. Der im hinteren Scheidengewölbe liegende glatte Tumor von teigig weicher oder etwas gespannter Consistenz, der die hintere Scheidenwand faltig vorwölbt, muss der vergrösserte Uterus sein.

Der Umstand, dass man in solchen Fällen über der Symphyse einen Körper von den Eigenschaften des Uterus nicht zu palpiren vermag, ist differentialdignostisch wichtig zur Unterscheidung der Retrodeviation von Tumoren im Douglas'schen Raume wie Haematocele retrouterina, Graviditas extrauterina, Myome, Ovarialtumoren.

Sehr erschwert kann die Diagnose werden in den Fällen, wo es sich um partielle Retroflexio uteri gravidi in den ersten Monaten der Gravidität handelt. Der Befund im kleinen Becken ist dann ganz derselbe wie bei Retroflexio uteri gravidi, aber zugleich fühlt man bei leerer Blase einen Uteruskörper über der Symphyse. Eine Verwechslung mit Graviditas extrauterina ist also naheliegend.

Bei solch' schwierigen Verhältnissen und, wenn ausserdem noch die Empfindlichkeit des Leibes sehr gross ist, wird man mit Vortheil die Narkose einleiten. Bei der Untersuchung in der Narkose wird sich der Zustand von der Haematocele, oder von eingeklemmten Ovarialtumoren und Myomen, bei denen man den Uterus an der gewöhnlichen Stelle fühlt, am sichersten unterscheiden lassen. Anamnestisch ist die bestehende Amenorrhoe in Betracht zu ziehen.

Wenn Einklemmungserscheinungen von Seiten des graviden retroflectirten Uterus vorhanden sind, so ist ein Eingriff unbedingt erforderlich. Die erste Indication ist die Entleerung der Harnblase, der die Reposition des Uterus zu folgen hat.

Zunächst wird der Darm mittels eines hoch hinaufgeführten elastischen Rohres entleert. Darauf sucht man die Mündung der Harnröhre auf und führt einen männlichen Katheter ein, welcher längs seines Schnabels mehrere Oeffnungen hat. Letztere sind für die vollständige Entleerung der Blase, welche bei hochgradiger Einklemmung nicht allein nach oben, sondern auch nach den Seiten hin gewaltig ausgedehnt ist, von Nutzen. Die vollständige Entleerung der Blase ergibt sich dadurch, dass der Leib nicht mehr oder weniger empfindlich ist und sich vollständig eindrücken lässt, so dass man hinter der Symphyse die Cervix und am Promontorium den oberen Gebärmutterabschnitt deutlich tasten kann. Bei der Einführung des Katheters ist natürlich daran zu denken, dass die Harnröhre plattgedrückt und verlagert ist. Ihre Richtung verläuft am häufigsten von unten hinten nach oben und vorn. Der Widerstand, den der Katheter bei der Einführung erfährt, rührt gewöhnlich von der plattgedrückten und verlagerten Urethra her. Falls es dem Katheter nicht gelingt, durch die verlagerte Urethra in die Blase zu gelangen, sucht man das Collum uteri von der Symphyse zu entfernen. Zu diesem Zwecke ist empfohlen, die hintere Lippe des Muttermundes oder auch nur einen Abschnitt derselben mit der Kugelzange zu erfassen und nach unten und hinten zu ziehen. Mit der Entfernung der Portio von der Symphyse gelingt die Entleerung der Harnblase ohne Weiteres. Nach der vollständigen Entleerung der Harnblase sind die Bauchdecken so schlaff und leicht eindrückbar, dass die Reposition in den meisten Fällen keine Schwierigkeit macht.

Da am Anus durch die nöthigen Manipulationen oft Einrisse entstehen, und die enge Oeffnung desselben auch mehr hindert, und zuweilen Incisionen desselben nothwendig sind, so empfiehlt es sich, zunächst von der weiteren, nachgiebigen Scheide aus die Reposition zu versuchen. Man nimmt zur Reposition die halbe oder die ganze Hand, schiebt oder drückt den Uterus nicht ruckweise, sondern ganz allmählich und seitwärts neben dem Promontorium herauf, wo man ihn mit der von aussen aufgelegten Hand umfasst und nach vorn leitet, während man innerlich den Scheidentheil hinter die Spinae schiebt. Ist die Reposition gelungen, findet man aber bei einer zweiten Untersuchung den Uterus wieder retroflectirt, so legt man bis zum 5. Monat der Gravidität ein Hebelpessarium ein, damit der Uterus nicht wieder herabgepresst wird. Wenn die Reposition sehr schwierig ist, so versuche man in Knieellenbogenlage vom Rectum aus den Fundus an einer Hüftbeinfuge emporzudrängen und wiederhole dies, wenn es das erste Mal misslingen sollte. In den Fällen, in welchen die Reposition des Uterus auf keine Weise gelingt, muss man den Uterus seines Inhaltes zu entledigen suchen. Die Einleitung des Abortes kann durch Einführung der Sonde (Kiwisch) oder des Katheters (Ramsbotham) oder eines Laminariastiftes in den Uterus geschehen, vorausgesetzt, dass der Muttermund zugängig ist. Wo der Muttermund schwer erreichbar ist, ziehe man die hintere Lippe in der Narkose mit einem Häkchen nach abwärts und zerreisse nun die Eihäute. In einigen Fällen, wo auch diese Eingriffe nicht ausführbar waren, hat man die Punction des Eies durch die Uteruswand von der Vagina aus mit einem dünnen Troikart vorgenommen. Selbst die Punction der Blase ist in den Fällen versucht worden, wo eine Entleerung derselben durch den Katheter unmöglich war.

Die Nachbehandlung besteht in ruhiger Bettlage, Regulirung der Functionen, eventuell Eisblase auf den Leib, Katheterismus, Ausspülungen, Diät und unter Umständen Anwendung antifebriler Mittel. Die Hauptindication liegt in dem Verhalten der Blase.

Literatur:

1. Breisky: Ueber Einklemmung des retroflectirten und retrovertirten Uterus. Wiener med. Presse, XXI. Jahrg., pag. 184. — 2. Cohnstein: Die Behandlung bei Incarceration des retroflectirten graviden Uterus. Arch. f. Gynäk., Bd. 33. pag. 156. — 3. Funk: Reposition eines incarcerirten retrovertirten Uterus in zwei aufeinander folgenden Schwangerschaften. Wiener med. Presse, XII. Jahrg., pag. 646. — 4. Halbertsma: Zur Retroversion des Uterus gravidus. Monatsschr. f. Geburtsk., Bd. 34, Pag. 414. — 5. v. Haselberg: Ein Fall von Retroflexio uteri gravidi. Monatsschr. f. Geburtsk., Bd. 33, pag. 1. — 6. Mader: Einklemmung des retrovertirten graviden Uterus. Bericht der K. K. Krankenanstalt Rudolf-Stiftung in Wien 1884, pag. 406. — 7. Meffert: Ein Fall von Incarceration des retroflectirten graviden Uterus mit Abstossung der Blasenschleimhaut. I.-D. Greifswald 1890. — 8. Moldenhauer: Totale gangraenöse Abstossung der Harnblasenschleimhaut durch lang bestandene Retroflexio uteri gravidi. Arch. f. Gynäk., Bd. VI, pag. 108. — 9. Olshausen und J. Veit: Lehrbuch der Geburtsh. 1899, pag. 461. — 10. Riedel: Ein Fall von Retroversion des Uterus in vorgerückter Schwangerschaft mit gelungener Reposition. Monatsschr. f. Geburtskunde u. Frauenkrankh., Bd. 34, Heft 1, pag. 401. — 11. Schatz: Zwei besondere Fälle von Retroflexio uteri gravidi. Arch. f. Gyn., Bd. I, pag. 469. — 12. Schauta: Lehrbuch der gesammten Gynäkologie 1896, pag. 292. — 13. G. Veit: Ueber die Retroflexion der Gebärmutter in den späteren Schwangerschaftsmonaten. Volkmann's Sammlung klinischer Beiträge, No. 170. — 14. J. Veit: Lehrbuch der Gynäkologie 1897, Bd. I, pag. 110.— 15. v. Winckel: Lehrbuch der Geburtshilfe. 2. Aufl., pag. 219.

Aus der chirurgischen Heilanstalt von Dr. Krecke in München.

Idiopathische Osteopsathyrosis.

Von Dr. Ludwig Lange, Assistenzarzt.

Mit dem Namen Osteopsathyrosis hat Lobstein im Jahre 1833 die Erscheinung abnormer Knochenbrüchigkeit bezeichnet. (ψαθυρός, brüchig.).

Eine solche stellt sich bis zu einem gewissen Grade physiologisch mit dem höheren Alter ein; ferner aber kennt man viele Krankheiten, bei denen man sozusagen von einer symptomatischen Osteopsathyrosis reden kann. Diese Grundleiden hat man in drei Gruppen getheilt. Zur ersten Gruppe gehören allgemeine Ernährungsstörungen: Rhachitis, Osteomalacie, Scorbut. Die zweite Gruppe fasst locale Ursachen für das leichte Eintreten von Fracturen zusammen: Lues (Gummata), Carcinom, Sarkom, Echinococcen und andere Cysten, Osteomyelitis. Den Schluss bilden mehrere Erkrankungen des Nervensystems. So hat man bei Poliomyelitis, bei Tabes, bei der progressiven Paralyse der Irren, bei den verschiedensten Neuritiden, Atrophien und in deren Gefolge Brüchigkeit der Knochen beobachtet.

Als idiopathische Osteopsathyrosis wurden jene Fälle bezeichnet, in denen man für die ungewöhnliche Brüchigkeit des Skelets keine Ursache, kein Grundleiden finden konnte.

Als Assistent der chirurgischen Privatklinik des Herrn Dr. Krecke hier hatte ich Gelegenheit, einen Fall von dieser allgemein als sehr selten anerkannten Krankheit zu beobachten.

Die Beobachtung ist folgende:

K. Matthäus aus München, geb. 19. V. 1894. Vater des Pat. starb Februar 1897, 32 Jahre alt, an den Folgen eines Sturzes, war nie krank. Mutter ist 32 Jahre alt, war stets gesund, hat 6 normale Entbindungen durchgemacht.

Pat. ist das 5. Kind und kam völlig ausgetragen, ohne Kunsthilfe zur Welt. 5 Monate lang wurde er an der Mutterbrust ernährt; bis zum Alter von 22 Monaten war er sehr gesund, zeigte sehr guten Ernährungszustand, kurz, entwickelte sich ganz normal. Mit 1½ Jahren fing er an zu gehen. Anfang Februar 1896 brach er sich bei einem Falle vom Sopha herab den l. Oberschenkel. Streckverband. 4 Tage später erkrankte er an Diphtherie. Als der herbeigerufene Arzt den Rachen untersuchte, wehrte sich Pat. und brach hiebei den r. Oberschenkel. Er lag hierauf 7 Wochen im hiesigen Kinderspital. Während dieser Zeit soll sich eine Rückgratverkrümmung nach rechts gezeigt haben. 6 Wochen nach seiner Entlassung erkrankte Pat. an „Gekrösentzündung" und wieder einige Wochen später begann sein r. Oberschenkel „auszuschwären". Er kam in's Hauner'sche Spital, wurde jedoch nach 14 Tagen ungeheilt herausgenommen und mit Umschlägen behandelt. 6 Wochen später brach er sich den r. Vorderarm dadurch, dass er einen Schirm über die r. Schulter legte. Im Laufe des Jahres 1896 erlitt er noch weitere 6 Fracturen, von denen 2 den r. Oberschenkel, je eine den r. und l. Vorderarm, den r. Oberarm und die l. Tibia betrafen. Im Jahre 1897 erfolgten 4 Knochenbrüche, von denen wieder 2 sich am r. Oberschenkel befanden. Im Jahre 1898 wurden bei dem Pat. 7 Knochenbrüche beobachtet, von denen 4 den l. und 3 den r. Oberschenkel betrafen. Am 5. II. 1899 rutschte Pat. vom Sopha herab und stiess sich mit der l. Schulter an einen Tischfuss. Er hatte sofort ziemliche Schmerzen, doch wurde erst 2 Tage später von uns mehr zufällig ein Bruch des l. Schlüsselbeines entdeckt. Es war eine vollständige Fractur mit deutlich abtastbaren Bruchenden, keine Infraction. Die zur Zeit der Niederschrift dieser Zeilen letzte Fractur ist ein am 14. III. 1899 eingetretener Bruch des l. Oberschenkels. Pat. fiel von einem niederen Schemel, auf dem er sass, auf den Boden. Der Bruch sitzt an der Grenze zwischen mittlerem und oberem Drittel; es besteht völlig freie Beweglichkeit nach allen Seiten.

Diese im Ganzen 22 Fracturen sind sämmtlich in unseren Krankenjournalen notirt, doch gibt die Mutter des Knaben an, es seien noch etwas mehr Brüche eingetreten, nur könne sie sich die vom Jahre 1896 nicht mehr alle im Einzelnen erinnern.

Die Gelegenheitsursachen dieser Fracturen waren durchgängig, wie die schon erwähnten, geringfügiger Natur. Ein einfaches Umfallen oder Anstossen, eine raschere Bewegung genügten, ein Krach — und wieder war ein Glied gebrochen.

Ich selbst konnte am 9. X. 1898 die 19. Fractur eintreten sehen. Die Mutter des Kindes stand mit dem Kinde auf dem linken Arme vor mir. Ich hatte dem Knaben ein „Zehnerl" geschenkt, dieses fiel zu Boden. Als ich es aufheben wollte, glaubte der sehr muntere, stets zum Scherzen aufgelegte Knabe, ich wollte ihm die Münze wieder nehmen und bückte sich rasch. Ein deutliches Knacken. Pat. fängt an zu schreien, der l. Oberschenkel ist an der Grenze des oberen und mittleren Drittels gebrochen.

Die Dentition erfolgte bei dem Patienten mit ½ Jahr beginnend ohne die geringsten Beschwerden und Störungen.

Die Nahrung des Patienten besteht meist aus Milch. Bier trinke er nicht gern. Sein Appetit sei gut, Stuhl regelmässig.

Die älteste Schwester des Pat. ist 10 Jahre alt, gesund. Das 2. Kind starb mit 2½ Jahren an der englischen Krankheit, es habe geschwollene Drüsen gehabt. Das 3. Kind starb 14. Tage alt an Magendarmkatarrh, das 4. starb mit 1½ Jahren ebenfalls an Brechdurchfall. Das 5. Kind ist unser Patient. Das 6. Kind ist jetzt 2½ Jahre alt, gesund.

Anfang März 1899 liess sich folgender Status praesens aufnehmen.

Patient ist von seinem Alter entsprechender Grösse, mittlerer Musculatur, ziemlich gutem Ernährungszustand, normaler Hautfarbe. Gesichtsausdruck sehr aufgeweckt. Die Zähne leicht cariös, stehen normal geordnet; keine Difformität der Kiefer.

Innere Organe ergeben völlig normalen Befund. Urin eiweissund zuckerfrei. Nirgends Drüsenschwellungen, am Halse keine Narben. An den Epiphysen keine Auftreibungen, nur die Verbindungsstelle zwischen Corpus sterni und Proc. ensiformis und das distale Ende des letzteren stehen etwas hervor. An der l. Clavicula befindet sich an der Grenze des mittleren und äusseren Drittels ein derber Callus. Die beiden Bruchenden sind ca. 1½ cm übereinander gelagert und zwar so, dass das sternale Stück unter dem acromialen liegt. Der r. Radius zeigt 4 cm unter dem Capitulum eine nicht sehr ausgesprochene abnorme, bogenförmige Krümmung nach aussen. Im Uebrigen an den oberen Extremitäten nichts Abnormes nachzuweisen. Die beiden unteren Extremitäten zeigen hochgradige Veränderungen. Am r. Oberschenkel befindet sich in der Mitte der Vorderseite eine 1½ cm lange, mässig eingezogene, mit glatter Haut bedeckte Narbe, eine zweite, ebensolche Narbe sitzt an der entsprechenden Stelle der Rückseite des Beines.

Der r. Oberschenkel ist an der Grenze des mittleren und oberen Drittels deutlich nach aussen und vorne geschwungen. Die Musculatur ist normal entwickelt.

Der r. Unterschenkel ist (bei adducirtem Oberschenkel) in der Vertical- (Sagittal-) Ebene bogenförmig nach vorne geschwungen. Etwas unterhalb ihrer Mitte biegt sich die Tibia fast rechtwinklig nach hinten und um ca. 15° nach innen. Dieselbe ist von den Seiten her stark zusammengedrückt, so dass ihre Kante noch mehr als gewöhnlich vorspringt. Knie- und Fussgelenk sind normal. Die Wadenmusculatur ist äusserst atrophisch und ganz schlaff.

Der l. Oberschenkel zeigt ebenfalls in der Verticalebene eine starke bogenförmige Biegung. Sein Knochen ist seitlich stark abgeflacht. Die l. Tibia erweist sich als ähnlich deformirt, wie die r., nur erscheint sie noch etwas mehr säbelförmig abgeflacht; ebenso verhält sich die Musculatur wie r. Die Fibula beider Unterschenkel ist direct unter dem Knie- und ober dem Fussgelenk deutlich, durch die atrophische Wadenmusculatur hindurch etwas undeutlicher, aber doch ihrem ganzen Verlauf nach abzutasten.

Eine federnde Biegsamkeit konnte, soweit man dieselbe bei der drohenden Gefahr einer neuen Fractur versuchen wollte, an keiner Extremität nachgewiesen werden.

Pat. ist unfähig, ohne Stütze frei auf beiden Beinen zu stehen. Wenn er sitzt, so hält er beide Oberschenkel im Hüftgelenk im äussersten Grade nach aussen rotirt, so dass die Aussenflächen der beiden Unterextremitäten in voller Breite auf der Unterlage aufruhen. In dieser Stellung ist die Deformität der beiden Beine am auffälligsten. Wie die Branchen eines Beckencirkels ziehen sie bogenförmig nach aussen und wenden sich von den Knien ab wieder gegen einander, so dass die beiden Fusssohlen aneinander liegen. Zwischen beiden Beinen bleibt ein nahezu kreisförmiger Raum frei. Schlägt Patient im Sitzen seine beiden Beine übereinander, wie dies seine Lieblingsstellung ist, so liegt sein r. Fuss aussen neben oder auch unter den l. Glutaen, der l. an der entsprechenden Stelle r.

Legt er sich mit übereinandergeschlagenen Beinen auf den Rücken, so kann er leicht beide Füsse unter die Achsel der jeweils entgegengesetzten Seite bringen; er vermag es auch, sich mit beiden Fusssohlen das Ohr der entsprechenden Seite zu verdecken. Bei allen diesen „Kunststücken" werden beide Femora in den Hüftgelenken stark nach aussen rotirt gehalten; überhaupt geschehen sämmtliche Bewegungen der Unterextremitäten, mehr als dies normaler Weise beobachtet wird, vor Allem in den Hüftgelenken, während Knie- und Fussgelenk, wohl zum Theil in Folge der Muskelatrophien lange nicht eine entsprechend ausgedehnte Excursionsfähigkeit wie das Hüftgelenk aufweisen.



Patient rutscht, auf dem Gesäss sitzend, mit ziemlicher Schnelligkeit auf dem Boden umher, wobei es ihn seiner Zeit auch nicht hinderte, dass beide Oberschenkel in Gipsverbänden waren. In letzter Zeit hat er gelernt, auf allen Vieren zu laufen. Wo er mit seinen Armen, die er ganz frei gebraucht, Stütze finden kann, ist er im Stande, Ortsveränderungen, deren Möglichkeit man nicht glauben sollte, vorzunehmen. So klettert er allein auf einen Stuhl. Wenn auch alle diese Bewegungen mit einer gewissen Vorsicht gemacht werden, so ist es doch erklärlich, dass die Mutter des Pat. diese bei seinem Leiden doch sehr gewagten „Experimente" nach Möglichkeit — Patient ist, wie schon erwähnt, ein äusserst lebhafter, munterer Knabe von reger Intelligenz — einzuschränken sucht[1]).

Körpergewicht am 14. IV. 1899: 24 Pfd. 40 g.

Die obenstehende Photographie wurde im Herbste 1898 aufgenommen. Sie entspricht dem jetzt bestehenden Zustand nicht mehr ganz, insofern als sich die an beiden Unterschenkeln angedeutete winklige Biegung nach hinten beiderseits sehr vermehrt hat.

Fassen wir die Hauptpunkte der Krankengeschichte noch einmal zusammen, so haben wir also einen Knaben, der bis zum Alter von 22 Monaten völlig gesund war. In dem eben genannten Alter brach er sich aus geringfügiger Ursache den linken Oberschenkel und seit dieser Zeit erlitt er auf Grund von stets unbedeutenden Gewalteinwirkungen im Ganzen 22 Knochenbrüche. Alle gebrochenen Glieder heilten anstandslos, jedoch bildeten sich

[1]) Ende Juli 1899 fing Pat. an, mit Hilfe eines Stockes und Unterstützung der anderen Hand durch Führen oder durch Festhalten an unbeweglichen Gegenständen, Möbeln, aufrecht zu gehen.

in den unteren Extremitäten starke Verkrümmungen aus. Das Allgemeinbefinden war, von vorübergehenden acuten Krankheiten abgesehen, nie gestört.

Wenn wir uns nach der Ursache dieser abnormen Knochenbrüchigkeit fragen, so sind wir zuerst geneigt, dieselbe in einer Rhachitis zu suchen. Und wenn wir die Verkrümmungen der unteren Extremitäten betrachten und die seitlichen Abplattungen der Ober- und Unterschenkelknochen fühlen, so werden wir unwillkürlich an rhachitische Veränderungen erinnert. Wenn wir aber dann weiter nach den bekannten rhachitischen Symptomen forschen, so finden wir dieselben vollständig fehlen. Wir vermissen besonders das Vorhandensein von Allgemeinerscheinungen, sowohl in der Anamnese, wie in der langen Zeit unserer Beobachtung. Es fehlen die charakteristischen Veränderungen der Zähne und die sonst stets vorhandenen Auftreibungen der Epiphysen. Auch der Anfang der Erkrankung war ein ganz anderer, als wir ihn sonst bei Rhachitis zu sehen gewohnt sind; während wir bei letzterer zuerst die Störungen des Allgemeinbefindens und der Ernährung sich ausbilden sehen, beginnt bei unserem Kranken die Affection mitten in der besten Gesundheit mit einem Oberschenkelbruch. Und wenn wir die Art der Brüche betrachten, so finden wir auch da einen fundamentalen Unterschied gegen Rhachitis. Während es sich bei den auf Grund der letzteren vorkommenden Knochenbrüchen fast stets um Infractionen handelt, bei denen der Knochen nur auf der einen Seite einknickt, handelt es sich bei unserem Kranken stets — soweit wir es selbst haben beobachten können — um vollständige Brüche, bei denen sich wiederholt in Narkose eine vollständig freie Beweglichkeit der Bruchenden nach allen Seiten feststellen liess. Auch die auf den aufgenommenen Röntgenphotographien sichtbaren Bruchlinien durchsetzen die ganze Dicke des Knochens von einer Seite bis zur anderen.

Wir glauben also nicht fehlzugehen, wenn wir für unseren Fall annehmen, dass die Knochenbrüche nicht auf Grund einer rhachitischen Allgemeinerkrankung zu Stande gekommen sind. Da die übrigen Grundkrankheiten für eine symptomatische Knochenbrüchigkeit auszuschliessen sind, so dürfen wir mit Recht behaupten, dass die Erkrankung der idiopathischen Osteopsathyrosis zuzuzählen ist.

Die idiopathische Osteopsathyrosis ist ein Leiden, das, abgesehen von seinem ziemlich seltenen Auftreten, schon durch seine Eigenart zu einer eingehenderen Veröffentlichung jedes hierher gehörigen Falles geradezu herauszufordern scheint. In dem erst kürzlich erschienenen Werke: Die Krankheiten der Knochen und Gelenke, von Schuchardt, Deutsche Chirurgie, Lieferung 28, 1899, findet sich die einschlägige Literatur mit bewundernswerther Gründlichkeit gesammelt. Aus der ca. 60 Nummern betragenden Zahl seien von neueren Arbeiten hervorgehoben:

Griffith: Idiopathic osteopsathyrosis (Fragilitas ossium) in infancy and childhood, Americ. Journ. of the medical sc., April 1897, p. 426 ff; Düms: Ueber Spontanfracturen, Berl. klin. Wochenschr. 1896, No. 18. Etwas früheren Datums sind Veröffentlichungen von Schultze (Archiv f. klin. Chirurg. 1894, p. 327), Moreau (Contribution à l'étude de la fragilité des os, Paris 1894), Enderlen (Virchow's Arch. 1893, CXXXI, 223) und Dubreuil (Etude critique sur les fractures spontanées, Paris 1891). In No. 22, Jahrgang 1899 dieser Wochenschrift[2]) ist über einen von A. Schmidt beobachteten Fall unseres Leidens kurz berichtet und dessen genauere Beschreibung angekündigt.

Der Name „idiopathische Osteopsathyrosis" stammt, wie schon eingangs erwähnt, von Lobstein (Traité d'Anatomie pathologique 1833, T. II, 214).

In den deutschen Lehrbüchern der pathologischen Anatomie und der Chirurgie ist diese Erkrankung meist mit einigen wenigen Sätzen abgethan, soweit sie überhaupt erwähnt ist.

Auf einzelne derartige Angaben werden wir noch zurückkommen.

Was die Häufigkeit der Beobachtung von idiopathischer Osteopsathyrosis betrifft, so lässt sich diese ungefähr daraus ersehen, dass Griffith in seiner überaus sorgfältigen und reichhaltigen Arbeit aus älterer und neuester Literatur mit seinem eigenen 67 Fälle von abnormer Knochenbrüchigkeit zusammenstellt. Hiebei hat er, wie er des Oefteren erwähnt, alle diejenigen Fälle ausgeschlossen, in denen die Krankheit nach der Pubertät auftrat, in denen sie während des Lebens oder durch die Section als symptomatisch erkannt wurde, ferner solche, in welchen die Zahl der durch geringfügige Ursachen eingetretenen Fracturen nicht mehr als 2 bis 3 beträgt. Des Weiteren nahm er die Fälle, bei welchen multiple intrauterine Fracturen durch starke Gewalteinwirkungen auf die gravide Mutter erklärt werden konnten, nicht auf.

Als beiläufigen Ausdruck für die Intensität des jeweils bestehenden Leidens können wir die Zahl der bis zu einem gewissen Lebensalter eingetretenen Fracturen annehmen. Wir haben hier sehr weite Grenzen. Wohl an erster Stelle steht der vielcitirte Fall von Blanchard, bei welchem zur Zeit der ersten Publication (Chicago Med. Journ. and Exam. 1876, XXXIII, 7) bis zum Alter von 9 Jahren 41 Fracturen eingetreten waren. Von derselben Patientin berichtete Bl. in einer späteren ausführlicheren Mittheilung (Trans. Americ. Orthop. Assoc. 1893, VI, 83), dass sie bis zum Alter von 27 Jahren ca. 106 Fracturen erlitten habe. Einen hohen Grad zeigen ferner die Fälle von Arnott (London Med. Gaz. 1833, XII, 366), 14 jähriges Mädchen mit 31 Fracturen, und Schultze (l. c.), 14 jähriges Mädchen mit 30 Fracturen. Unser Patient hat mit seinen 22 Knochenbrüchen bei einem Alter von 5 Jahren volle Aussicht, jene (sit venia verbo!) Concurrenten zu schlagen, falls er, was ihm freilich nicht zu wünschen ist, in dem bisher bewiesenen Tempo nicht nachlässt.

Man hat allerdings beobachtet, dass weitaus die meisten Brüche in der Jugend eintreten, wie ja die id. Ost. vorwiegend eine Krankheit des kindlichen Alters und der Entwicklungsperiode ist. Die Patienten, so nimmt man an, werden mit der Zeit vorsichtiger, lernen sich zu schonen, die Knochen werden im Laufe der Jahre härter, es tritt spontan Heilung ein. Doch hat man auch Persistenz des Leidens durch das ganze Leben hindurch beobachtet.

In unserem Falle vertheilen sich die 22 Fracturen auf die einzelnen Gliedmassen wie folgt:

r. Oberschenkel 8,	r. Oberarm 2,
l. Oberschenkel 5,	r. Vorderarm 2,
l. Unterschenkel 2,	l. Vorderarm 1,
r. Unterschenkel 1,	l. Schlüsselbein 1.

Die unteren Extremitäten sind also in 16 von 22 Fällen, d. i. in 72,7 Proc., der Sitz der Fracturen gewesen. Dasselbe Verhalten findet sich auch in der überwiegenden Mehrzahl der publicirten Fälle angegeben und es erscheint dies auch durchaus nicht auffällig, da die unteren Extremitäten viel mehr der Einwirkung von Druck ausgesetzt sind, als die oberen. Schultze (l. c.) erklärt den Umstand, dass an Hand, Fuss, Kopf, Wirbelsäule und Becken keinerlei Fracturen zur Beobachtung gelangt seien, damit, dass er diesen Theilen des Skelets eben einen geringeren Grad von Brüchigkeit zuweist und bei der Wirbelsäule, den Rippen und dem Schädeldach die Elasticität bis zu einem gewissen Grade compensatorisch eintreten lässt.

Von Brüchen der Rippen sind bei Griffith mehrere citirt. In seinem eigenen Falle waren 12—18 Rippenbrüche eingetreten. Ferner sei hier auf die Fälle von Link (Arch. f. Gynäk. 1887, p. 264), neugeborenes Kind mit 84, und Chaussier (Bullet. d. l. Fac. de Médic. de Paris 1814, 306), Kind, 24 Stunden p. p. verstorben, mit 70 Rippenbrüchen unter im Ganzen 113 Fracturen, hingewiesen.

Es ist für die Osteopsathyrosis charakteristisch, ja eigentlich durch den Namen schon angegeben, dass die die jeweiligen Brüche verursachende Gewalteinwirkung eine meist ganz geringfügige ist. Ein unbedeutender Fall, ein leichter Stoss, eine rasche Muskelcontraction, eine schnelle Drehung genügen, den Knochen zu brechen. In unserem Falle trat z. B., wie schon erwähnt, einfach durch das Ueberdieschulterheben eines Regenschirmes eine Fractur des r. Vorderarmes ein. In dem Falle Schmidt's (l. c.) sollen sogar durch Bindentouren leicht neue Fracturen entstehen.

Schultze (l. c.) hebt besonders hervor, dass die Schmerzen, die bei uns im Gefolge der Brüche auftreten, mehr oder minder geringfügig seien. Nur die Oberschenkelbrüche verursachten intensive Schmerzen, vielleicht weil die hier am stärksten entwickelten Muskeln am ehesten eine Dislocation hervorbrächten. Die bei der Ost. fast immer vorhandene mangelhafte Ausbildung oder der Schwund der Musculatur gibt nach Schultze gerade eine Erklärung für die Verminderung der Schmerzen, weil die Dislocation der Knochen schwerer hervorgerufen werden könne. Griffith dagegen sagt,

[2]) p. 748; Altonaer ärztlicher Verein, Demonstrationen.

dass mit nur wenigen Ausnahmen der Schmerz ebenso stark sei, wie bei den gewöhnlichen Fracturen. In unserem Falle konnte ein auffallend geringer Grad der Schmerzen, abgesehen vielleicht von der Fractur der Clavicula, die erst 2 Tage später entdeckt wurde, nicht eben beobachtet werden. Griffith stellt es als gänzlich ausgeschlossen hin, dass den Brüchen, ähnlich wie hie und da bei der Osteomalacie Schmerzen vorausgingen. Hier möge erwähnt werden, dass in Enderlen's (l. c.) Fall der Patient vor dem Eintritte der Fractur jedesmal längere Zeit hindurch starke Schmerzen im Stirnbein, entsprechend der grossen Fontanelle hatte.

Parallel dem leichten Eintreten geht meist auch eine leichte, anstandslose Heilung der Knochenbrüche. Es wird diese als geradezu charakteristisch angegeben. Unser Fall ist eine neue Bestätigung dieser Erfahrung; sämmtliche Fracturen heilten ohne Störung unter immobilisirenden Verbänden und meist in weniger als der Durchschnittszeit.

Man hat beobachtet, dass unser Leiden in hohem Grade erblich sei. Als das am meisten typische Beispiel von Vererbung durch mehrere Generationen wird der von Greenish (Referat im Centralbl. f. Chirurg. 1880, 37) veröffentlichte und bei Schultze ausführlicher citirte Fall zu betrachten sein. In Griffith's Zusammenstellung ist unter 67 Fällen in 11 der Einfluss der Erblichkeit direct zu ersehen, während in 7 Fällen eine gewisse familiäre Prädisposition zu Tage trat. Die i. d. Ost. hat in Bezug auf die Art der Vererbung insofern einige Aehnlichkeit mit 2 in ihrer Aetiologie ziemlich unbekannten Krankheiten, nämlich der Bluterkrankheit und der Farbenblindheit, als man auch bei ihr die merkwürdige Erfahrung gemacht hat, dass sie durch die Töchter, die von ihr frei bleiben, auf die Enkel übertragen wird.

Von einigen Autoren, wie Griffith, wird überhaupt eine stärkere Betheiligung des männlichen Geschlechtes angegeben, während nach Anderen (Schuchardt), eine erhöhte Disposition des einen oder anderen Geschlechtes nicht besteht.

Bei unserem Pat. spielt die Heredität, wie aus der Anamnese zu ersehen, keine Rolle. Oefters ist auch darauf hingewiesen worden, dass die Geschwister von an Ost. Leidenden häufig anderweitige Anomalien zeigten. So sind in A. Schmidt's (l. c.) Falle sämmtliche 3 Geschwister abnorm (Fettsucht, Strabismus, Oedema neonatorum). Auch hievon ist in unserem Falle nichts nachzuweisen.

Die Frage nach der pathologisch-anatomischen Grundlage für die Erscheinung der auffallenden Knochenbrüchigkeit hat bisher noch durchaus keine allgemein giltige Lösung gefunden.

Nach Lobstein handelt es sich einfach um excentrische Knochenatrophie. Die Markhöhle hat sich auf Kosten der compacten Substanz ausserordentlich erweitert, die Wände dieser Höhle sind äusserst dünn und mürbe geworden.

In Ziegler's Lehrbuch liest man dagegen (II. Theil, p. 122): „Nach Angabe der Autoren (Lobstein, Gurlt, Volkmann u. A.) gibt es auch eine idiopathische Knochenbrüchigkeit, bei welcher eine Rareficirung des Knochengewebes nicht vorhanden ist. Das Uebel kommt angeboren vor und entwickelt sich aus unbekannten Ursachen in späteren Jahren und kann in ein und derselben Familie bei verschiedenen Mitgliedern auftreten. Sind die Angaben der Autoren richtig, so muss man annehmen, dass bei diesen Individuen die organische Grundlage der Knochenbalken eine pathologische Beschaffenheit bietet, welche sich eben in der abnormen Brüchigkeit äussert.“

Volkmann nimmt eine „Veränderung der knorpeligen Grundsubstanz“ als wahrscheinlich an; Tillmanns sucht die Ursache für diese räthselhafte Ernährungsstörung ebenfalls in einer „veränderten Zusammensetzung der Knochengrundsubstanz“.

Soweit hieher gehörige anatomische oder chemische Untersuchungen von Knochen vorliegen, sind die Resultate mehr oder weniger widersprechend.

Link hat in seinem oben citirten Falle die Rippen mikroskopisch untersucht und normale Verhältnisse gefunden, ebensowenig konnte Enderlen (l. a.) einen besonderen Befund erheben. Im Falle Schultze's erwies sich bei zwei keilförmigen Osteotomien, die er an den verkrümmten Tibien machte, die rechte Tibia ziemlich fest, abgeplattet, von der Markhöhle kaum etwas zu sehen, die linke Tibia und Fibula spröde, ohne Markhöhle und beide Knochen, welche ganz platt zusammengedrückt waren, durch Exostosen plattenförmig miteinander verbunden, so dass von einem Spatium interosseum nichts mehr zu sehen war.

Auch die chemische Untersuchung der Knochen hat bis jetzt noch nicht zu eindeutigen Resultaten geführt. Enderlen fand an einem Oberschenkelknochen: 37,77 organische und 62,23 anorganische Bestandtheile, gegenüber dem an einem normalen Knochen gefundenen Verhältniss von 31,5 : 68,5 kein erheblicher Unterschied. Die von Regnard (citirt bei Enderlen) erhaltenen Zahlen dagegen sind: 78 Proc. organische und 24 Proc. anorganische Bestandtheile, also fast eine Umkehrung des normalen Verhaltens.

Der Urin von an Ost. Leidenden hat sich in 3 Fällen von Verneuil (Virchow-Hirsch's Jahresberichte 1885, II., 317) und bei einer Beobachtung von Blanchard als auffallend reich an Phosphatsalzen gezeigt. Der Phosphatgehalt des Harnes erscheint jedoch von zu vielerlei Umständen, wie Nahrung, Hunger, Phosphatgehalt des Kothes etc. abhängig und es dürfte über diese Frage wohl nur ein genauer Stoffwechselversuch Aufschluss ertheilen. Ein solcher liegt bis jetzt nicht vor und würde auch auf sehr grosse Schwierigkeit stossen.

Gurlt (Handbuch der Knochenbrüche 1862, I) glaubt, dass die grössere oder geringere Widerstandsfähigkeit der Knochen von der Compactheit ihrer Substanz abhänge.

Eine bedeutende Förderung unserer Kenntniss von dem eigentlichen Wesen der Erkrankung verdanken wir Schuchardt. In seinem schon erwähnten jüngst erschienenen Werke stellt er die Osteopsathyrosis dar als idiopathische Knochenatrophie in Folge periostaler Dysplasie.

Schuchardt setzt die periostale Dysplasie in einen Gegensatz zur chondralen Dysplasie, welch' letztere nach ihm das Wesen derjenigen Formen foetaler atrophischer Skeleterkrankungen bildet, deren Ergebniss die Entstehung plumper, kurzgliedriger Zwerge, meist von kretinhaftem oder auch bulldoggenähnlichem Aussehen ist, und die gewöhnlich in den ersten Lebenswochen zu Grunde gehen, selten ein höheres Alter erreichen. Die periostale Dysplasie liegt nach ihm den foetalen Störungen des Dickenwachsthums zu Grunde, die man als Osteogenesis imperfecta Krolick, Osteomalacia congenita Jürgens, bezeichnet hat.

Die mangelhafte Knochenbildung von Seite des Periostes sei auch die Ursache für jene Fälle, die als intrauterine oder während der Geburt entstandene **Knochenbrüche** beschrieben worden sind.

Diesen eben genannten intrauterin erworbenen Skeletatrophien stellt Schuchardt die extrauterin entstehenden Skeletatrophien gegenüber und setzt hier an die Spitze die schon genannte idiopathische Knochenatrophie in Folge periostaler Dysplasie, eben unsere idiopathische Osteopsathyrosis.

Griffith führt ebenso wie die übrigen Autoren auf dem einschlägigen Gebiete in seiner Arbeit keine derartige Trennung zwischen foetaler und intra vitam entstandener abnormer Knochenbrüchigkeit durch und auch Schuchardt weist ausdrücklich auf die grosse Verwandtschaft beider Formen hin.

Schuchardt nun beschreibt ausführlicher eine eigene Beobachtung (l. a., pag. 65 ff.):

9 jähriges Mädchen. Gesunde Eltern und Geschwister. Als Kind englische Krankheit, dann anscheinend gesund bis zum 6. oder 7. Jahre. Im 7. Jahre ohne nachweisbare Veranlassung 1. Bruch des rechten Unterschenkels. Im Laufe von 2 Jahren noch 5 Fracturen desselben Gliedes. Am 1. XI. 1896 Bruch des r. Oberschenkels. Später noch 2 Fracturen des l. Oberschenkels, eine davon erfolgte beim Versuche, im Bett zu knieen. Am 15. April 1897 wird von Schuchardt neben deutlichen Zeichen überstandener Rachitis constatirt: Obere Extremitäten normal, keine ungewöhnliche Biegsamkeit. Becken zeigt ungewöhnliche Weichheit der Knochen, indem man die beiden Darmbeinschaufeln durch seitlichen Druck um 1 cm gegen einander nähern kann. Die Gegend der r. Fibula ganz eingesunken, r. Fuss in Valgusstel-

lung. Die vordere Kante der Tibia tritt ungewöhnlich scharf hervor. Bei Palpation von der knöchernen Fibula nur etwa handbreit unterhalb des Knie- und oberhalb des Sprunggelenkes ein kleiner Rest zu fühlen. Das Mittelstück fehlt anscheinend völlig. Auch die Tibia im Mittelstück hochgradig atrophisch, besonders von den Seiten her abgeplattet. Längenwachsthum annähernd normal. Die beigegebene Röntgenphotographie zeigt die Tibia stark gebogen und in ihrem diaphysären Abschnitt erheblich verdünnt. Noch deutlicher ist die periostale Dysplasie an der Fibula zu erkennen, die in ihrem mittleren Abschnitte nur einen ganz schmalen und schwachen Schatten wirft, während handbreit unterhalb des Köpfchens das ziemlich normale obere Ende des Knochens sich schnell zuspitzend in den schmalen diaphysären Schatten übergeht. Aehnliche Verhältnisse bestehen an dem anderen Ende.

Neben diesem eigenen Falle referirt Schuchardt eingehend über eine Beobachtung von A. Bruck, die dieser in der Deutsch. med. Wochenschr. 1897, No. 10, veröffentlicht hat. Nach Schuchardt liegt der Erkrankung des betreffenden Patienten, der sich unter dem Namen eines Count Orloff im Berliner Passagepanopticum zeigte, ebenfalls wahrscheinlich der Hauptsache nach periostale Dysplasie zu Grunde.

Ausser den hochgradigsten Verbiegungen fast des gesammten Skelets, die zu einer geradezu abschreckenden Monstrosität geführt haben, finden sich hier noch eigenthümliche, in Versteifung übergehende Veränderungen an zahlreichen Gelenken. Die Knochen waren zwar auffallend verbogen, aber nicht biegsam, wie bei Schuchardt's, wahrscheinlich ein sehr viel früheres Stadium der Krankheit darstellendem Kranken. Ob sie jemals biegsam gewesen waren, war nicht zu erweisen (Schuchardt p. 68).

Kehren wir nun wieder zu unserem Falle zurück und betrachten wir uns genauer die Knochenveränderungen. Neben geringfügigen Verbiegungen am r. Unterarm und an beiden Oberschenkeln, die wohl auf die theilweise leicht difform geheilten Brüche zurückzuführen sind, bestehen an beiden Unterschenkeln die hochgradigsten Veränderungen.

Beide Tibiae sind äusserst stark sichelförmig gebogen, dabei von beiden Seiten her enorm plattgedrückt. Etwas oberhalb vom Scheitel der Krümmung fühlt man rechts wie links eine leichte Verdickung des Knochens und auf dieser eine quer verlaufende Einkerbung: Reste von Infractionen.

Die Fibula ist an beiden Unterschenkeln in der Nähe der Gelenke gut zu tasten, sie scheint aber auch im weiteren Verlaufe sich normal zu verhalten. Jedenfalls ist keine derartige Einsenkung der Gegend der Fibula vorhanden, wie in Schuchardt's Fall. Eine federnde Biegsamkeit kann von uns deutlich nicht nachgewiesen werden, vielleicht nur wegen der in einem forcirten Versuche liegenden Gefahr.

Ich habe von unserem Patienten drei Röntgenaufnahmen angefertigt. Bei der ersten durchleuchtete ich den l. Vorderarm und die Hand zugleich mit dem r. Vorderarm und Hand eines gleichalterigen gesunden Knaben. Es geschah das, noch bevor ich die Schuchardt'sche Theorie kannte und ich wollte dadurch, dass ich beide Objecte auf einer und derselben Platte neben einander hatte, sehen, ob nicht vielleicht die Knochen bei Osteopsathyrosis eine deutlich verminderte oder vermehrte Durchlässigkeit für Röntgenstrahlen besässen. Man hätte dann ein nach einer der beiden Richtungen hin positives Resultat vielleicht für eine Beurtheilung des höheren oder geringeren Gehaltes an Kalksalzen verwerthen können. Leider fiel dieser Versuch insofern negativ aus, als sich irgend ein bedeutenderer Unterschied in der Strahlendurchlässigkeit nicht ergab. Aber auch die Dicke der Corticalis ist an den Knochen der beiden Knaben dieselbe.

Auffällig ist dagegen, wie gracil im Ganzen der Radius unseres Pat. erscheint. Während die Ulnae beider Arme ganz gleich dick sind, erscheint der Radiusschatten unseres Pat. in der Mitte des Vorderarmes um 1½ mm schmäler als der der Ulna, wogegen die Breite des Radiusschattens des gesunden Knabens an der analogen Stelle um 2 mm mehr beträgt als die der Ulna.

Die zwei weiteren Aktinogramme*) entstammen dem l. Unterschenkel und wurden Mitte Juni 1899 aufgenommen.

*) Von einer Wiedergabe der Aktinogramme habe ich abgesehen, da die einschlägigen Verhältnisse auf der Reproduction gar nicht oder nur schlecht zu sehen sind.

An der Seitendurchsicht überrascht vor Allem die hochgradige Verbiegung der Tibia; die Krümmung der Fibula ist eine wesentlich geringere. Des Weiteren bemerkt man, dass am oberen und unteren Drittel des Schienbeines die Corticalis sich deutlich von der Spongiosa abhebt. Man sieht sie besonders an der Hinterfläche der Tibia als eine ganz dünne, scharfe, theilweise nur ⅓—½ mm breite dunkle Linie die Contour des Knochens bilden.

Das ganze mittlere Drittel der Tibia hat einen diffusen verhältnissmässig starken Schatten geworfen, welcher nur in seiner Mitte durch eine etwas undeutliche helle, von vorne nach hinten ziehende Linie durchbrochen wird. Diese Linie stellt eine, wahrscheinlich schon ziemlich alte Infraction dar. Der diffuse, dunklere Schatten lässt uns entnehmen, dass wir hier, was schon aus der durch Palpation feststellbaren enormen seitlichen Zusammendrückung der Tibiadiaphyse zu erkennen war, keine oder doch nur eine minimale Markhöhle haben. In der nächsten Umgebung der Infractionslinie ist an der Rückseite der Tibia eine schwache Andeutung von Callusbildung zu sehen.

Die Fibula erscheint in ihrer ganzen Ausdehnung als auffällig durchlässig für die Röntgenstrahlen. Nur an einigen Strecken des Randes dieses gleichmässig schwachen Schattens, an dem nur im unteren Theile der Verlauf der Crista interossea als schmale, dunklere Linie zu erkennen ist, sieht man eine äusserst schmale, dunklere Linie: die von den Strahlen längs oder vielmehr zum Knochenquerschnitt tangential getroffene, ungemein verdünnte Compacta.

Das dritte von unserem Patienten gewonnene Röntgenbild ist das Resultat einer Durchleuchtung des unteren Femurabschnittes und des oberen Theiles des Unterschenkels gerade von vorne. Auch an diesem, im Ganzen weniger instructiven Bild fällt auf, wie schwach im Allgemeinen der durch die Knochen geworfene Schatten ist und ferner, wie schmal sich an beiden Knochen — von einem Patellarschatten ist noch nichts zu sehen — die Randlinie erweist.

Unsere Beobachtungen zeigen uns also überall eine erhebliche Verdünnung der Corticalis mit Ausnahme der Mittelstücke der Tibiae, wo zugleich mit der seitlichen Abplattung des Knochen eine starke Verdickung der Corticalis eingetreten ist. Wenn die Verhältnisse auch keineswegs so charakteristisch sind wie in dem Schuchardt'schen Fall, so dürften sie sich doch als ein Beitrag für die Berechtigung der Schuchardt'schen Lehre verwenden lassen.

Es möge gestattet sein, hier noch auf einige Erscheinungsformen des Vorgangs der mangelhaften Knochenbildung von Seite der Beinhaut und auf die durch dieselben bedingten Gestaltsveränderungen der Knochen einzugehen.

In der Mehrzahl der Fälle von Osteopsathyrosis dürfte sich der Vorgang wohl so abspielen:

Der Knochen hat sich bis zu einer gewissen Zeit, bei unserem Patienten z. B. 1½ Jahre lang, normal entwickelt, d. h. chondrale und periostale Knochenablagerung haben über die normaler Weise zu jeden Zeit, sowohl in Spongiosa wie in Compacta, auftretenden Resorptionsvorgänge überwogen. Durch irgend eine Veranlassung, die uns freilich bis jetzt noch absolut unbekannt ist, erleidet die knochenbildende Thätigkeit des Periostes eine grössere oder geringere Einschränkung, während die Resorptions- oder Abbauvorgänge zunächst noch den früheren Verlauf nehmen. Die Folge wird sein, dass wir an den Diaphysen nur eine äusserst dünne Compacta oder Corticalis haben werden, die Anfangs eine verhältnissmässig weite Spongiosa oder Markhöhle umschliesst, so lange nicht durch äussere, wenn auch schwache Gewalteinwirkung eine Zusammenpressung, eine Biegung, eine Einknickung, ein Bruch entstanden ist und so der Knochen in der verschiedensten Weise deformirt wird. Bei unserem Patienten z. B. erkläre ich mir die seitliche Abplattung seiner Unterschenkel hauptsächlich dadurch hervorgerufen und im weiteren Verlaufe immer mehr ausgebildet, dass Patient seit 3 Jahren ständig seine unteren Extremitäten auf der äusseren Breitseite mit abnorm nach aussen rotirten Oberschenkeln auf der Unterlage aufliegen lässt, also als eine Belastungs- oder Druckdeformität.

Das Dickenwachsthum der Knochen wird hier von dem Momente des Eintrittes der Erkrankung ab stille stehen oder doch nur äusserst langsam vor sich gehen, je nach der Intensität der Resorptionsvorgänge im Innern des Knochens und je nach dem kleineren oder grösseren erhalten gebliebenen Rest von Knochenablagerungsvorgängen des Periostes. Dass dieses seine osteoplastische Function ganz einstellt, ist intra vitam extrauterinam überhaupt noch nicht beobachtet worden, wohl aber haben einige Beobachter, wie Klebs, Stilling in Fällen, die Schuchardt zur foetalen, periostalen Dysplasie rechnet, den vollständigen Mangel von durch das Periost zu bildenden Knochenplatten, vorzüglich der Schädelknochen constatiren können.

Mit längerem Bestehen der Krankheit kann dann auch eine Dickenabnahme eintreten. Doch dürfte nach unserer Anschauung die Dickenatrophie der Knochen in den meisten Fällen nur eine relative oder scheinbare sein. Der Knochen bleibt eben zunächst auf dem Umfangsstadium stehen, in dem er sich zur Zeit des Eintrittes der Erkrankung befunden. Da, wie schon erwähnt, bei unserer Erkrankung das Längenwachsthum nicht gestört ist, so werden bei ausbleibender Dickenzunahme die Schäfte der Knochen verhältnissmässig dünner erscheinen. Ferner möge man bedenken, dass von der Osteopsathyrosis häufig Kinder befallen werden, die schon an und für sich von Geburt an einen besonders weichen Knochenbau aufwiesen. Des Weiteren tritt ein relatives Dünnerwerden des Knochens dadurch ein, dass mit dem Wachsthum des ganzen Körpers auch der Umfang der einzelnen Extremitäten zunimmt, während für den Knochen eine Umfangszunahme ausbleibt.

Es ist natürlich nicht zu leugnen, dass in einigen Fällen, so in dem von Bruck (l. c.) eine thatsächliche concentrische Dickenatrophie eingetreten ist. Doch wird man hier die Dickenabnahme ähnlich erklären müssen, wie die Inactivitätsatrophie. Der Patient Bruck's lag damals, als es zu einer so exquisiten, absoluten Verkleinerung von der Oberfläche her kam, schon seit 9—10 Jahren zu Bett.

Sollte es sich wirklich bei der idiopathischen Osteopsathyrosis der Hauptsache nach um absolute, concentrische Dickenatrophie handeln oder gehandelt haben, so ist es erstaunlich, warum von der verhältnissmässig doch nicht ganz kleinen Zahl der Beobachter dieses so sehr in die Augen springende Symptom bis jetzt nicht mehr in den Vordergrund gestellt worden ist.

In unserem Falle zum Mindesten, in dem die Krankheit jetzt seit 3 Jahren besteht, kann ich eine absolute Dickenatrophie, d. h. ein Zurückgehen von dem schon einmal erreichten Umfang nicht nachweisen. Die Knochen sind eben auf jener Stufe der Massenausbildung stehen geblieben oder haben sogar um ein Weniges noch, auch in der Dicke, zugenommen, wie sie zur Zeit des Eintrittes der Erkrankung waren. Ihre Brüchigkeit ist dadurch bedingt, dass den sich hauptsächlich an der Innenseite der Compacta abspielenden normalen Resorptionsvorgängen keine entsprechende periostale Anlagerung an der Aussenseite die Wage hielt, wodurch es zur Verdünnung der Corticalis mit ihren Folgen: Verbiegungen, Fracturen kam.

Hier möge beiläufig noch bemerkt werden, dass bis jetzt wohl exacte Untersuchungen über das Wesen des Längen- und Dickenwachsthums der Knochen vorliegen (siehe bei Schuchardt pag. 17—24), dass wir auch das Zurückbleiben des Längenwachsthums nach Verletzung oder völliger Entfernung des Epiphysenknorpels in seinen feineren Verhältnissen genau kennen, dass wir aber über die inneren Vorgänge bei der Dickenatrophie und zwar hauptsächlich bei der concentrischen Dickenatrophie, wie sie sich als Inactivitätsatrophie am Amputationsstümpfen heranbildet, noch keine experimentellen Untersuchungen, etwa ähnlich wie die von Flourens, Belchier, Duhamel (Schuchardt pag. 27) über das Längenwachsthum angestellten, besitzen.

Es erscheint bemerkenswerth, dass bei unserer Erkrankung, wo doch das Periost ein Leistungsdeficit an Knochenbildung aufweist, die Consolidation der eingetretenen Brüche eine so auffällig rasche ist. Bekanntlich kommt dem Perioste bei der Regeneration der Knochen die Hauptrolle zu. Man kann vielleicht annehmen, dass durch den grösseren Reiz, den eine Fractur setzt, vornehmlich durch die vermehrte Blutzufuhr, das Periost doch aus seiner unthätigen Ruhe aufgerüttelt wird und dann bei der in der Jugend überhaupt vorhandenen grösseren Energie der vitalen Leistungen rasch sich seiner Aufgabe entledigt. Oder es könnte die Callusbildung in unseren Fällen vorwiegend vom Knochenmark übernommen werden, was dann allerdings eine erhebliche Steigerung der gewöhnlich von ihm bei der Heilung von Fracturen vollführten Leistungen wäre. Histologische Untersuchungen über den Reparationsvorgang an osteopsathyrotischen Knochen liegen eben bis jetzt nicht vor.

Ueber die eigentliche Ursache der Erkrankung wissen wir, wie schon gesagt, absolut nichts. Es ist naheliegend, dass man vor Allem an Störungen in dem Einflusse der trophischen Nerven denkt und hauptsächlich französische Autoren, wie Moreau, Charcot, haben unser Leiden mit Nervenerkrankungen in Verbindung gebracht.

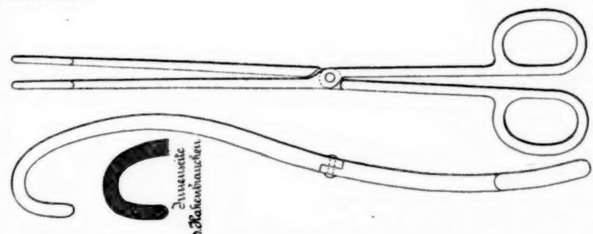
Die Therapie hat bei der Osteopsathyrosis bisher nur geringe Erfolge erzielt. In unserem Falle wurden Arsen, Phosphor, roborirende Diät, Bäder, Abwaschungen angewandt, doch konnte bislang ein sichtbarer Einfluss auf das Verschwinden der Fracturen nicht beobachtet werden. In dem Schuchardt'schen Falle hat sich unter Thyrojodingaben der Zustand des Kindes erheblich gebessert.

In vielen Fällen kommt, wie schon erwähnt, die Krankheit von selbst allmählich zur Ausheilung. So dürfen wir vielleicht in unserem Falle den Umstand, dass Patient jetzt mit 3 Jahren wieder anfängt, auf den Beinen aufrecht zu gehen, als günstiges Prognosticon ansehen. Es ist möglich, dass sich unter dem bekanntlich so günstigen Einflusse des functionellen Reizes wieder eine Consolidation und Verstärkung der Knochenrinden einstellt, und der Knabe von seinem, wenn auch nicht lebensgefährlichen, so doch höchst lästigen und jammervollen Leiden erlöst wird.

Ein neuer „geburtshilflicher Zangenhaken“.

Von Dr. R. Hausen.

Die Anwendung des stumpfen Hakens zur Extraction des Kindes am Beckenende hat, wie bekannt, viele Gefahren im Gefolge und ist der Haken desshalb wenig beliebt. Wohl jeder Arzt mit längerer Praxis wird nach seinem Gebrauch, trotz aller Vorsicht, einen üblen Zufall, sei es Bruch des Oberschenkels, sei es eine tiefere Wunde oder länger dauernde Lähmung der Extremität zu verzeichnen haben. Instrumente, welche dem abhelfen sollen, sind ja mehrere erfunden worden, dieselben haben sich aber, wenigstens bei praktischen Aerzten, nicht einzubürgern vermocht.



Das hier abgebildete Instrument hat, unbeschadet seiner Verwendung als gewöhnlicher Haken, den Zweck, bei stärkerem Widerstande ohne Weiteres die Umlegung einer Binde oder eines gefalteten Tuches um die Schenkelbeuge zu ermöglichen.

Die Handhabung des Zangenhakens ist sehr einfach. Nachdem er in gewöhnlicher Weise ein- und um die Hüftbeuge geführt, überzeuge man sich von der wahrscheinlichen Grösse des zu überwindenden Widerstandes. Ist derselbe gering, so steht der Extraction mit dem Haken in der üblichen Weise ja nichts im Wege. Ist der Widerstand aber ein grösserer, so spreize man (nachdem vorher, des nöthigen Spielraums halber, das ganze Instrument ein wenig über die Hüftbeuge erhoben) die beiden Hakenenden und führe das Ende einer Binde etc. zwischen die beiden Branchen. Nach geschehenem Schlusse fixire man das Bindenende fest und entferne in vorsichtig rotirenden Bewegungen das ganze Instrument, welches auf seinem Wege die Binde nach sich zieht.

Das Instrument ist von der Firma Fr. Plücker Sohn in Ohligs-Solingen zum Preise von Mk. 10.— zu beziehen.

Neuritis ascendens traumatica ohne äussere Verwundung.

Von Dr. K. Brodmann.

(Schluss.)

Fassen wir nochmals die vorstehenden Thatsachen zusammen, so müssen wir unter Berücksichtigung der aus den Acten entnommenen Vorgeschichte und des bisherigen Krankheitsverlaufes, sowie auf Grund unseres eigenen Untersuchungsbefundes zu der Annahme einer traumatischen aufsteigenden Neuritis gelangen. Unsere Diagnose stützt sich auf das unmittelbar an die gekennzeichnete äussere Gewalteinwirkung einsetzende schmerzhafte Anfangsstadium, auf die später sich ausbildende und allmählich proximal fortschreitende, schlaffe motorische Parese des rechten Armes, die zunehmende Amyotrophie, die objectiven Sensibilitätsstörungen, die Spontanschmerzen, die Bewegungsschmerzen, die Paraesthesien, die Anschwellung und Druckempfindlichkeit der Nervenstämme, die Herabsetzung des in Betracht kommenden Sehnenphänomens, und schliesslich die allerdings nur unbedeutende Veränderung der elektrischen Erregbarkeit.

Wir werden in der Diagnose der traumatischen Neuritis bestärkt einerseits durch die Unzweideutigkeit und Zuverlässigkeit des Sachverhaltes, wie er eben nur bei einer actenmässigen Feststellung nach Unfällen zu erhalten ist, andererseits durch die Bestimmtheit, mit der das Einwirken anderer krankmachender (äusserer wie innerer) Schädlichkeiten, sowie auch das Bestehen krankhafter Erscheinungen vor dem fraglichen Unfall ausgeschlossen werden konnte. Der aufsteigende Charakter der Neuritis geht aus der ganzen Entwicklung des Leidens ohne Weiteres hervor.

Dass es sich um eine nicht infectiöse traumatische Neuritis handelt, konnten wir aus der Darstellung des Anfangsstadiums der Erkrankung mit Sicherheit entnehmen. Wir haben gesehen, dass das die ersten Erscheinungen der Nervenentzündung auslösende äussere Trauma ein percutanes war; es hatte lediglich eine stumpfe Gewalteinwirkung, ein Stoss gegen die Fingerkuppe stattgefunden, und es war durch denselben weder eine offene Verletzung der Haut überhaupt gesetzt worden, noch auch hatten sich nachträglich entzündliche Erscheinungen an den von der Verletzung betroffenen Weichtheilen gezeigt. Wir haben keinen Grund, den Angaben des Verletzten nach dieser Richtung zu misstrauen, im Gegentheil, es sprechen gerade die äusseren Umstände für einen reactionslosen Verlauf im Beginn der Erkrankung. Hätte sich im Anschluss an den kleinen Unfall eine Eiterung (Phlegmone, Panaritium) oder auch nur eine einfache Entzündung an dem verletzten Finger entwickelt, so wäre der Verletzte sicherlich nicht erst nach 6 Wochen veranlasst gewesen, an eine Unfallsbeschädigung zu denken. Indem wir also in der Lage sind, bei unserem Kranken eine Infectionsmöglichkeit überhaupt auszuschliessen, haben wir auch die Berechtigung, eine Neuritis ascendens traumatica sine infectione zu diagnosticiren, d. h. eine klinische Krankheitsform, der, wie wir einleitend gehört haben, bis heute die wissenschaftliche Anerkennung noch versagt ist.

Ueber die Entstehung dieses neuritischen Processes lässt sich, da eine Infection auszuschliessen ist, nur sagen, dass die mechanische Läsion feiner sensibler Nervenzweige an der Spitze des IV. Fingers die Ursache zu einer entzündlichen Reizung, wahrscheinlich perineuritischer Natur, abgegeben haben muss; die Nervensymptome haben am Orte der Verletzung mit sensiblen Reizerscheinungen (Schmerzen und Paraesthesien) begonnen und sind, proximalwärts fortkriechend, auf immer weitere, auch motorische Nervengebiete übergegangen. Wenn man mit Krehl[12]) anerkennt, dass nach Verletzung von Nerven eine fortschreitende Entzündung sich in denselben entwickeln kann, so darf man auch nicht die Möglichkeit von der Hand weisen, dass kleinere Nervenverzweigungen, wie sie sich überall finden, z. B. Hautäste, wenn sie von dem Trauma betroffen werden, den Weg für das Fortschreiten der Entzündung abgeben können. Die Schwierigkeit der Frage liegt nur darin, wie man sich das Entstehen eines entzündlichen Vorganges im Nerven nach einfachem stumpfen Trauma zu deuten hat, und man wird vielleicht nicht umhin können, mit Oppenheim[13]) und Remak zu prädisponirenden Factoren, einer sogenannten toxicopathischen Disposition, welche auf der Praeexistenz latenter neuritischer Alterationen beruhen soll, in manchen Fällen seine Zuflucht zu nehmen. Remak[14]) spricht es als wahrscheinlich aus, dass eine sogen. latente Neuritis, mit anderen Worten symptomlos bleibende Nervendegenerationen aus innerer Ursache, die Disposition abgeben könne für klinische Neuritis aus anderweitiger, auch von aussen hinzutretender Ursache. Unter dieser Voraussetzung, d. h. wenn wir eine schon vor dem Unfalle existirende schlummernde Neuritis annehmen wollten, wäre das Aufflackern der neuritischen Erscheinungen bei unserem Kranken nach dem betreffenden Unfalle leicht verständlich, und es unterliegt auch keinem Zweifel, dass selbst bei dieser Auffassung dem Verletzten ein Recht auf Unfallentschädigung angesichts der heutzutage üblichen Handhabung der Unfallgesetze zugesprochen würde. Uebrigens wäre es, wenn man dieser Hypothese sich nicht anschliessen wollte, nicht schwer, sich vorzustellen, dass ebensogut wie nach einem Nadelstiche oder einer Holzsplitterverletzung oder schliesslich nach einer oberflächlichen Risswunde der Haut eine wandernde Neuritis anerkanntermaassen nicht so selten entstehen kann, auch durch eine stumpfe percutane Gewalt eine einfache entzündliche Reaction im Nerven hervorgerufen werden könnte. Wir wissen ja doch auch, dass stärkere stumpfe Compression (Geburt, Luxation) oder häufige Zerrung an einem Nervenstamme oder Ueberanstrengung in einem Gliede die Ursache für eine Entzündung in dem betreffenden Nerven abgeben kann, Remak der Aeltere war sogar der Meinung, dass die nach Anstrengungen so oft beobachteten Serratus- und Cucullarislähmungen durch Neuritis muscularis, d. h. durch Neuritis diffusa s. nodosa der vom Plexus brachialis zu jenen Muskeln sich begebenden Nervenäste bedingt seien. Die Pathogenese für alle diese Vorgänge ist gleich ungewöhnlich und gleich dunkel.

Räumlich hat der neuritische Process bei unserem Kranken offenbar an den sensiblen Zweigen der Finger begonnen und hat sich von hier allmählich auf die rechte Hand, den Vorderarm bis zur Schulter und neuerdings sogar, wenn man die sensiblen Reizerscheinungen auf der linken Seite hinzurechnen darf, mit Ueberschreitung der Medianlinie auch auf die linke Schulter und den linken Oberarm ausgebreitet. Innerhalb dieses Bereiches haben, abgesehen von der linken Seite, wo Symptome seitens der motorischen Nerven noch fehlen, an den entzündlichen Erscheinungen motorische und sensible Nerven in gleichem Maasse Antheil. Der ganze Plexus brachialis dexter ist, soweit nachweisbar, sowohl in seiner supra-, als infraclavicularen Portion mit allen Zweigen betroffen; freilich ist in einzelnen distalen Muskeln und Muskelgruppen eine relativ stärkere Schädigung zu erkennen, doch zeigt sich auch der Biceps und der Cucullaris in nicht unerheblichem Maasse geschädigt. Auf die Betheiligung des Cucullaris werden wir unten noch zurückzukommen haben.

Differentialdiagnostisch kommt, sofern man das Bestehen eines materiellen Nervenleidens überhaupt in Zweifel ziehen wollte, zunächst eine functionelle Erkrankung des Armes, d. h. ein hysterischer Zustand oder eine Neuralgie der Armnerven in Betracht. Oppenheim[15]) hat darauf hingewiesen, dass in der Mehrzahl der Fälle, wo man nach einer peripheren Nervenverletzung zunächst an eine aufsteigende Nervenentzündung denken könnte, entweder der weitere Verlauf oder ein suggestiver Heilerfolg die Diagnose auf ein einfaches functionelles Nervenleiden hinlenkt. Dass es sich bei unserem Kranken nicht um ein hysterisches Symptombild handeln kann, beweist uns, ganz abgesehen von dem Fehlen jeglicher hysterischer Stigmata, der objective Nervenstatus, die degenerative Muskelatrophie, ohne Weiteres. In zweiter Linie wäre an ein centrales Nervenleiden, eine primäre Erkrankung des Rückenmarkes, und zwar an die spinale progressive Muskelatrophie, die Poliomyelitis anterior chronica und die Syringomyelie zu denken. Angesichts der bei unserem Kranken sehr im Vordergrunde stehenden (subjectiven und objectiven) Sensibilitätsstörungen dürfen wir die beiden ersteren Krankheiten, da bei denselben die Verhältnisse der Sensibilität intact bleiben, von vornherein ausschliessen; wir fügen noch hinzu, dass bei der spinalen Muskelatrophie die Atrophien einen viel langsameren progressiven Charakter haben und einen

[12]) Krehl: a. a. O.

[13]) Oppenheim: Lehrbuch.

[14]) Remak: Neuritis und Polyneuritis.

[15]) Oppenheim: Deutsch. med. Wochenschr. 1898, No. 14, pag. 98.

typisch fasciculären Verlauf von Muskel zu Muskel zu nehmen pflegen, während im Gegensatze dazu in unserem Falle innerhalb weniger Wochen ein ziemlich gleichmässiges Fortschreiten der Atrophie von der Hand auf die Musculatur des Armes und der Schulter constatirt wurde. Die Syringomyelie schliesst sich ebenfalls aus, wenn wir erwägen, dass nicht nur die charakteristischen Sensibilitätsstörungen (Dissociation der Empfindungen), sondern auch alle trophischen Störungen an dem erkrankten Theile trotz des langen Bestehens der Erkrankung fehlen.

Zum Schlusse bedürfen noch 2 Punkte, welche einen Zweifel an unserer Diagnose erwecken könnten, der gesonderten differentialdiagnostischen Besprechung, nämlich die Betheiligung eines Accessoriusastes an dem neuritischen Process und zweitens das Uebergreifen der Krankheitserscheinungen auf die linke Seite.

Bezüglich des ersten Punktes sei zunächst nochmals ausdrücklich betont, dass Anomalien seitens des Kehlkopfes, des Gaumens und der Schlundmusculatur nicht vorliegen und, soweit der Kranke darüber Auskunft zu geben vermag, nie bestanden haben. Ebenso lässt sich elektrodiagnostisch und functionell die Intactheit des Sternocleidomastoideus nachweisen[16]). Es geht daraus hervor, dass nur der äussere Ast des Accessorius und von diesem wieder nur der zum Cucullaris ziehende Zweig von der neuritischen Erkrankung betroffen ist. Diese prägt sich, wie wir gesehen haben, aus in der zu den charakteristischen Schulterdeformitäten führenden Cucullarislähmung. Nun ist es aber eine Erfahrungsthatsache, auf welche Bernhardt[17]) besonders hingewiesen hat, dass der äussere Ast des Accessorius, welcher zusammen mit Zweigen der obersten Cervicalnerven die Musculi sternocleidomastoideus und cucullaris versorgt, sich sehr häufig zu Lähmungszuständen anderer peripherischer Nervengebiete, speciell denen der Hals- und Schultermusculatur, hinzugesellt, namentlich auch sollen es nicht selten neuritische Processe eines Armes sein, an denen er mit oder ohne Erkrankung der im Halsmark gelegenen Kernregion theilnimmt. Wie diese Complication seitens des Accessorius bei einer auf den Armplexus beschränkten Neuritis migrans zu Stande kommt, ob eine sprungweise Ausbreitung der Nervenentzündung, wie früher vielfach supponirt wurde, etwa auf dem Wege von Anastomosen, durch Vermittelung der vom Plexus cervicalis stammenden und ebenfalls zum Cucullaris ziehenden Nervenzweige anzunehmen ist, oder ob bei unserem Kranken bereits an eine Miterkrankung des Cervicalmarks, speciell der Ursprungskerne des Accessorius zu denken ist, darüber kann hier, so lange ein mikroskopischer Befund nicht vorliegt, eine absolut sichere Entscheidung nicht getroffen werden. Im Principe sind beide Möglichkeiten anzuerkennen, doch scheint die letztere im Hinblick darauf, dass auch die linke Körperhälfte seit einiger Zeit sensible Reizerscheinungen aufweist, welche auf neuritische Erkrankungen hinweisen, mehr Wahrscheinlichkeit für sich zu haben.

Damit kommen wir zur zweiten differentialdiagnostischen Schwierigkeit. Wir haben die Fragen zu beantworten, ob eine entzündliche Erkrankung der grauen Vorderhörner des Rückenmarks vorliegt und bejahenden Falls, ob diese Erkrankung von der peripheren Neuritis ihren Ausgang genommen hat.

Dass sich bei Alterationen der peripherischen Nerven (entzündlichen oder nicht entzündlichen) in der Folge auch Veränderungen in den spinalen Ursprungsstätten der Nerven einstellen, diese Thatsache erkannt zu haben ist ein Verdienst der allerjüngsten pathologischen Forschung. Die Neurontheorie lehrt uns einen einheitlichen organischen Zusammenhang zwischen der Ganglienzelle und der aus ihr hervorgehenden peripherischen Nervenfaser. Klinische Erfahrungen sowohl, wie experimentelle Untersuchungen haben auf der anderen Seite den Beweis erbracht, dass kein Theil dieser organischen Einheit des Neurons erkranken kann, ohne dass nicht der andere ebenfalls in höherem oder geringerem Grade darunter leidet. Ob nun in einem bestimmten Falle der Krankheitsprocess, der peripher im Nerven begonnen hat, bereits auch den centralen Theil erreicht hat, dürfte nach unserem heutigen Stande der Kenntniss nicht mit Sicherheit zu entscheiden sein, ja es gibt, nach Leube[18]), strittige Fälle, wo eine strenge differentialdiagnostische Unterscheidung zwischen Neuritis und Poliomyelitis überhaupt nicht zu treffen ist.

Als gesicherten Besitzstand unseres Wissens dürfen wir jedoch die Thatsache betrachten, dass eine Neuritis, sprungweise oder in continuo, im Nerven nach oben fortschreiten kann, und dass der entzündliche Krankheitsprocess am Rückenmark nicht seine Begrenzung findet, sondern auf dieses selbst übergreifen kann. Es ist das Verdienst der unter Leyden's Leitung durchgeführten Untersuchungen von Tiesler und Klemm, den Nachweis geliefert zu haben, dass eine acute entzündliche Reizung eines peripheren Nerven centralwärts sich ausbreitend in der Nähe der Eintrittsstelle des betreffenden Nerven das Rückenmark selbst afficiren, d. h. zu einer Myelitis ex neuritide führen kann. Eine neuerliche Beobachtung von Marinesco[19]) hat diese Annahme auf Grund des Sectionsbefundes zur unumstösslichen Gewissheit gemacht. Klinische Erfahrungen haben uns ferner gelehrt (Leyden[20]), dass es gerade Nervenaffectionen rheumatischer und traumatischer Natur sind, „welche mitunter einen Verlauf nehmen, der auf aufsteigende Nervenentzündung mit Betheiligung des Rückenmarkes schliessen lässt“.

Von diesem Gesichtspunkte aus wäre bei dem Kranken Z. sowohl die Alteration des Accessorius als die beginnende Miterkrankung der linken Seite verständlich. Man könnte sich einerseits denken, dass die Ursprungskerne des Accessorius, soweit sie in gleicher Höhe liegen wie die motorischen Kerne der den Brachialplexus zusammensetzenden Cervicalwurzeln, secundär von dem aufsteigenden entzündlichen Process ergriffen wurden und dadurch zu einer Schädigung der Accessoriusfunction Veranlassung gegeben haben, und andererseits wäre die Vorstellung berechtigt, dass dieser secundäre myelitische Process der einen Seite sich auch auf die andere Seite fortpflanzt und so zu einer Paraplegie ex myelitide geführt hat. Die älteren Autoren haben eine solche Pathogenese doppelseitiger neuritischer Erscheinungen ohne Weiteres zugegeben, dabei sind sie allerdings vielfach von dem heute kaum mehr haltbaren Begriffe einer sympathischen Neuritis ausgegangen. Nothnagel[21]) führt in seiner grundlegenden Arbeit über Neuritis aus, dass die Entzündung vom Nervenstamme einer Seite auf die andere Seite fortschreiten könne, und er meint sogar, indem er sich auf verschiedene in der Literatur mitgetheilte Fälle stützt, dass eine Betheiligung des Rückenmarkes und seiner Häute dabei nicht zu bestehen brauche. Dieser Ausbreitungsmodus einer Neuritis als sogen. Neuritis sympathica und die entsprechenden Krankenbeobachtungen dürften heute einer strengen wissenschaftlichen Kritik wohl kaum mehr Stand halten. Wohl aber können wir der Ansicht Leyden's und der mit grösserer Skepsis vorgetragenen Oppenheim's, welche anlässlich der Beschreibung des Kranken von Marinesco vertreten wurde, beipflichten, dass, wenn einmal die Entwicklung einer Neuritis ascendens von einem peripheren Entzündungsherd aus anerkannt wird, auch das weitere Uebergreifen eines derartigen Processes auf das Rückenmark und die Entstehung einer Myelitis ex neuritide ascendente dem Verständnisse keine besonderen Schwierigkeiten mehr bereitet, nur muss man, wie Leyden mit Recht betont, um das klinische Bild zu verstehen, berücksichtigen, dass diese fortgeleiteten entzündlichen Vorgänge mit einer aufsteigenden Degeneration und der Natur der Sache nach mit dem Neuron selbst nichts zu thun haben, sondern wesentlich als perineuritischer Process bis auf die Dura emporsteigen und von den Nervenherden aus auf das Rückenmark übergreifen.

Diese Anschauungen auf unseren Fall angewendet, müssen wir annehmen, dass die traumatisch bedingte entzündliche (nicht septische) Reizung eines peripheren Nerven (eines sensiblen Hautastes) allmählich in den Nervenscheiden nach oben auf die betreffenden Nervenstämme und absteigend wieder auf andere Nerven und Nervenzweige fortgeschritten, höchst wahrscheinlich in das Rückenmark eingetreten ist und schliesslich zu myelitischen Symptomen mit doppelseitigen Symptomen geführt hat.

---

[16]) Das normale Verhalten des ebenfalls vom Accessorius versorgten Kopfnickers dürfte sich, wie in einem von Martin mitgetheilten Falle, durch eine doppelte Innervation dieses Muskels durch Fasern vom Accessorius und gleichzeitig vom Plexus cervicalis genügend erklären.

[17]) Bernhardt: Die Erkrankungen der peripherischen Nerven (Nothnagel's Sammelwerk, XI). Wien 1897.

[18]) Leube: Specielle Diagnostik der inneren Krankheiten, V. Aufl., 1898.

[19]) Marinesco: Ueber einen Fall von Neuritis ascendens. Münch. med. Wochenschr. 1898, No. 10, pag. 57.

[20]) Leyden: Demonstration dieses Falles. Ebenda.

[21]) Nothnagel: Ueber Neuritis in diagnostischer und pathologischer Beziehung. Volkmann's Vorträge 103. Inn. Med. No. 38.

Die Entstehungsweise der Neuritis ist eine ganz analoge wie bei der Pürckhauer'schen Beobachtung, sie wurde durch analoge Einwirkung einer stumpfen Gewalt, eines Stosses ausgelöst; die weitere Ausbreitung der Neuritis auf den ganzen Arm bleibt bei dem innigen Zusammenhang und dem Ineinandergreifen der Armnerven im Plexus brachialis leicht verständlich, und wir können auch die von Pürckhauer[22]) aufgeworfene Frage, ob in solchen Fällen wandernder Neuritis das Uebergreifen der Nervenentzündung von dem ursprünglich befallenen Nerven auf die anderen lediglich innerhalb des Rückenmarkes, d. h. durch Vermittlung von Ganglienzellen geschieht, getrost verneinen, denn wir haben bei unserem Kranken gesehen, dass lange vor der Betheiligung des Rückenmarkes, mit anderen Worten vor dem Auftreten von doppelseitigen Krankheitserscheinungen, alle Nervengebiete des rechten Armes von den neuritischen Symptomen betroffen waren. Andererseits lehrt uns der geschilderte Krankheitsfall, dass noch nach sehr langem, mehr als einjährigem Bestande einer peripheren Neuritis und wenn die entzündlichen Nervensymptome von der ursprünglichen Erkrankungsstelle aus bereits auf anderem Wege eine Ausbreitung erfahren haben, durch Vermittlung des Rückenmarks nachträglich weitere Complicationen, namentlich ein Uebergreifen auf die entgegengesetzte Seite, hervorgerufen werden können.

Auf die praktische Seite unseres Falles habe ich bereits oben kurz hingewiesen. Es erübrigt nur noch ergänzend nachzutragen, dass wir natürlich den Kranken für Vollinvalide erklärt und der Berufsgenossenschaft eine Rente von 100 Proc. vorgeschlagen haben. Erfahrungsgemäss kann jede Anstrengung einen in Genesung übergehenden neuritischen Process wieder zum Aufflackern bringen, resp. verschlimmern, wir würden daher, entgegen dem Vorgutachter, selbst leichte Beschäftigung in solchen Fällen für contraindicirt halten.

Aerztliche Standesangelegenheiten.

Zur Reform des Pensionsvereins für Wittwen und Waisen bayerischer Aerzte.*)

Am 1. October dieses Jahres findet die VIII. ordentliche Generalversammlung des Pensionsvereins für Wittwen und Waisen bayerischer Aerzte statt. In ärztlichen Kreisen hat sich die Ueberzeugung eingebürgert, dass der in Rede stehende Verein reformbedürftig sei und sei es in Folgendem gestattet, einige Reformvorschläge zu machen und in Kürze zu discutiren.

Der seit 1852 bestehende Pensionsverein zählte im Jahre 1865 — ein Jahr nach Aufhebung des Zwangsbeitritts — 586 ordentliche Mitglieder, im Jahre 1869 517 = 35 Proc. der bayerischen Civilärzte; im Jahre 1898 betrug die Zahl der ordentlichen Mitglieder 441. Die Zahl der Wittwer und unverheiratheten Mitglieder des ärztlichen Standes ist schwer zu schätzen; nimmt man deren Ziffer auf etwa 25 Proc. der Gesammtzahl der Aerzte an, so gehört gegenwärtig ungefähr ⅕ der beitrittsberechtigten bayerischen Aerzte dem Verein an.

Manche Aerzte treten dem Verein nicht bei, weil ihre Vermögensverhältnisse günstige sind, obwohl gerade die Betheiligung dieser Kategorie sehr wünschenswerth wäre.

Abgesehen von der Aufhebung des Zwangsbeitritts haben verschiedene Umstände an der Verminderung der Mitgliederzahl mitgewirkt, in erster Linie der geringe Betrag der Wittwenpension (200 M.).

Was die Dividende betrifft, so betrug dieselbe vom Jahre 1867 ab 10 Proc., von 1871 ab 15 Proc., von 1875 ab 20 Proc., von 1895 ab 10 Proc.; dazwischen wurden eine kurze Zeit lang (1—2 Jahre) sogar 30 Proc. Dividende vertheilt. Ausserdem wurde im Jahre 1876 — bei Gelegenheit der Umrechnung in die Markwährung — einseitig eine Erhöhung der Pensionen um $^1/_6$ vorgenommen, ohne dass gleichzeitig eine entsprechende Erhöhung der Mitgliederleistungen stattfand. Als Resultat ergibt sich, dass der Verein seit fast 25 Jahren trotz fortdauernden Sinkens des Zinsfusses, durch welches die Erträgnisse des Capitalvermögens erheblich und progressiv geschmälert wurden, durchschnittlich 30 Proc. mehr an die Hinterbliebenen geleistet hat, als die satzungsmässigen Verpflichtungen betragen haben. Diese Leistungen waren nur dadurch möglich, dass dem Verein seit seinem Bestehen durch Staatszuschüsse und Schenkungen die Summe von ca. 430 000 M. zugewiesen wurde.

Abgesehen von dieser Mehrleistung des Vereins werden die satzungsmässigen Pensionen in der Regel insofern zu niedrig bewerthet, als die für die Waisen aufgewendeten Pensionen gar nicht oder zu wenig beachtet werden. Auf die dreissigjährige Periode 1869—1898 trafen durchschnittlich pro Jahr 192 Pension beziehende Wittwen, 170 Waisen und 25 Doppelwaisen, so dass in runder Summe auf 1 Wittwe 1 Waise trifft. Waisen und Doppelwaisen erfordern ¼—⅕ der Wittwenpensionsbeträge. Stellt sich die Wittwenpension incl. 20 Proc. Dividende auf 240 Mark pro Jahr, so erhöht sich dieser Betrag mindestens um $^1/_5$ = 48 Mark, so dass jede Wittwe mit Einschluss einer Waise durchschnittlich 288 Mark Pension pro Jahr bezogen hat.

Neben der Pensionssumme, die mit Rücksicht auf den im Laufe von fast 50 Jahren stark gesunkenen Geldwerth allerdings eine mässige genannt werden darf, spielt offenbar die intensive Concurrenz der Lebensversicherungen unter den Ursachen des Rückgangs der Mitgliederzahl eine nicht zu unterschätzende Rolle. Ueber diesen Punkt hat der Geschäftsführer des Pensionsvereins, Hofrath Dr. G. Martius[1]), schon vor 20 Jahren eine sehr treffende Parallele gezogen; ohne den Werth der Lebensversicherung herabzusetzen, bei der auch häufig genug mehr an Prämien bezahlt wird, als der Versicherte zurückerstattet erhält, erscheint es aus verschiedenen Gründen sehr rathsam, das Eine zu thun und das Andere nicht zu lassen und die Zukunft der Hinterbliebenen sowohl durch Beitritt zum Pensionsverein als auch zu einer Lebensversicherungsanstalt sicher zu stellen.

Unter den Mitteln, welche geeignet erscheinen, dem Pensionsverein wieder eine grössere Zahl neuer Mitglieder zuzuführen, steht sicher in erster Linie eine den Ansprüchen der Jetztzeit entsprechende Erhöhung der Pensionen und zwar, wenn möglich, auf das Doppelte der bisherigen Beträge, so dass auf 1 Wittwe inclusive 1 Waise eine Pension von 400 + 80 Mark, zusammen 480 Mark, treffen würde (capitalisirt entspricht diese Summe bei 3½ Proc. Verzinsung einem Capital von 14 000 Mark), abgesehen von der Dividende, die bei Erhöhung des Stockfonds durch Legate und Staatszuschüsse wieder in Aussicht steht. Sollte die Erhöhung der Prämien (Eintrittscapitalien und Jahresbeiträge) auf das Doppelte auf Schwierigkeiten stossen, so wäre eine solche um 50 Proc. zum mindesten zu postuliren, wobei auf 1 Wittwe incl. 1 Waise 360 Mark Pension treffen würden.

Der Vorschlag, 2 Kategorien von Versicherungen zu schaffen, nämlich eine zu den bisherigen Sätzen und eine mit doppelter Versicherung, ist nicht zu befürworten, da zu befürchten ist, dass die für den Verein weniger günstigen Fälle sich vorwiegend in die höhere Classe aufnehmen lassen.

Der weiterhin gemachte Vorschlag, die Eintrittscapitalien, die übrigens in 4 jährigen Raten bezahlt werden können, aufzuheben und dafür die Jahresbeiträge entsprechend zu erhöhen, müsste dazu führen, letztere um 50 Proc. höher zu fixiren mit bedeutender Verlängerung der Carenzzeit.

Absolut erforderlich ist es dagegen, die zu leistenden Prämien — sowohl Eintrittscapital wie Jahresbeiträge — wieder um $^1/_6$ zu erhöhen, entsprechend der Erhöhung der Pensionen von 100 Gulden auf 200 Mark bei Umrechnung der Gulden- in die Markwährung.

Ob es möglich ist, durch spätere Bestimmungen festzusetzen, dass ein Theil der Jahresbeiträge zurückerstattet wird, wenn die versicherte Frau vor dem Manne stirbt, oder dass nach langjähriger Mitgliedschaft (von ca. 30—40 Jahren) die Verpflichtung zur Entrichtung von Jahresbeiträgen von selbst erlischt, hängt von der weiteren finanziellen Entwicklung des Vereines ab.

Die bisherige Bestimmung, wonach für den Fall des Ablebens der Frau und Wiederverheirathung das volle Eintrittscapital neu einbezahlt werden muss, namentlich wenn aus erster Ehe keine Kinder oder nur volljährige Kinder vorhanden sind, enthält eine Härte und sollte geändert werden, da in diesem Falle die Prämien der ersten Versicherung bisher vollständig verloren waren.

Die bisher geltenden Bestimmungen über ausserordentliche und Ehrenmitglieder sind veraltet. Es erscheint wünschenswerth, die ersteren vollständig zu streichen und als Ehrenmitglieder solche Aerzte zu betrachten, die einen Jahresbeitrag von etwa 10 Mark oder einen einmaligen Beitrag von 100 Mark zahlen.

Unter den Maassnahmen zur Hebung des Pensionsvereins steht mit in erster Linie der Zwangsbeitritt, der bekanntlich bis zum Jahre 1864 thatsächlich bestanden hat. Derselbe könnte erst nach Einführung der ärztlichen Standesordnung in Frage kommen und müsste durch Mehrheitsbeschlüsse der Bezirksvereine eingeführt werden.

Einstweilen dürfte es sich nach dem Beispiel des Unterstützungsvereins für die Hinterbliebenen bayerischer Thierärzte[2]) mehr empfehlen, an die hohe königliche Staatsregierung das Er-

---

[22]) l. c.

*) Von betheiligter Seite ist uns obiges Memorandum zugegangen, welches eine für die bayerischen Aerzte sehr wichtige Angelegenheit behandelt. Wir ersuchen um recht zahlreiche Meinungsäusserungen über die gemachten Reformvorschläge aus den Kreisen der bayerischen Aerzte und sind gerne bereit, dieselben zusammenzustellen und nach einiger Zeit in der Wochenschrift, wenigstens im Auszuge, zur allgemeinen Kenntniss zu bringen.

[1]) G. Martius: Der Pensionsverein für Wittwen und Waisen bayerischer Aerzte und die Lebensversicherungs-Gesellschaften. Eine Parallele, zugleich ein Mahnruf. Aerztl. Intelligenzbl. 1880.

[2]) Dieser im Jahre 1880 offenbar zum Theil nach dem Vorbilde des ärztlichen Pensionsvereins gegründete Verein besitzt gegenwärtig ein Gesammtvermögen von 637 000 Mark. Zur Zeit beziehen 68 Wittwen und 1 Doppelwaise Pensionen zu je 400 Mark (zusammen 27 600 Mark); ausserdem bewilligte derselbe pro 1899 an 16 Wittwen, deren Männern die Aufnahme in den Verein aus gesundheitlichen Gründen versagt wurde, Unterstützungen zu je 100 Mark. Die Waisen sind mit Ausnahme der Doppelwaisen vom Pensionsbezug ausgeschlossen.

suchen zu stellen, eine analoge Bestimmung zu treffen etwa in folgender Fassung: „Gesuche um Verleihung einer amtlichen oder Bahnarztstelle in Bayern finden nur dann Berücksichtigung, wenn der Bewerber den Nachweis zu führen im Stande ist, dass er Mitglied des Pensionsvereins für Wittwen und Waisen bayerischer Aerzte ist“ [3]).

Die vor Kurzem erfolgte höchst dankenswerthe und erfreuliche Erhöhung des Staatsbeitrages um die jährliche Summe von 5000 Mark für die Jahre 1900 und 1901, die hoffentlich eine bleibende sein wird, beweist, dass die segensreiche Wirksamkeit und Bedeutung des Pensionsvereins bei den maassgebenden Factoren, der hohen Staatsregierung und der Kammer der Abgeordneten, volle Würdigung und Anerkennung findet. Es wird nun Sache der bayerischen Aerzte sein, die ausserhalb des Vereins stehen, zu zeigen, dass sie getragen von collegialem Sinne und der Verantwortlichkeit in der Sorge für ihre Angehörigen voll bewusst durch Beitritt das Blühen und Gedeihen des Pensionsvereins zu fördern wissen, dass sie immer auch berücksichtigen, dass der Pensionsverein zugleich ein Wohlthätigkeitsverein ist, der im Falle der Noth die Beiträge stundet oder erlässt. Wurde doch im Finanzausschuss des bayerischen Landtags von dem Correferenten betont, „es scheine, dass die Aerzte an dem Verein kein grosses Interesse haben“.

Die unerbittliche Statistik lehrt, dass die durchschnittliche Lebensdauer der Aerzte eine geringere ist als bei anderen gelehrten Berufsclassen, die Erfahrungen unseres Pensionsvereins haben festgestellt, dass die Wittwen der Aerzte in Bayern eine erheblich längere Lebensdauer haben als die Frauen ähnlicher Berufsclassen; diese Thatsachen führen eine deutliche Sprache, sie lehren, dass die Aerzte viel mehr noch als andere Familienväter die Verpflichtung haben, ihre Hinterbliebenen möglichst vor Noth und Entbehrung zu schützen.

Nachtrag. Für jene Collegen, die sich in Kürze über die Verhältnisse des Pensionsvereins zu orientiren wünschen, seien zum Schlusse noch einige Daten aus den Satzungen angefügt:

Die Einzahlungen der ordentlichen Mitglieder werden nach ihrem und ihrer zu versichernden Gattin Alter zur Zeit des Beitritts in der Art berechnet, dass durchschnittlich jedes Mitglied nach der muthmasslichen Lebensdauer so viel bezahlt, als zur Deckung der später zu beziehenden Pension nothwendig ist. Wenn der Mann z. B. 30 Jahre zählt und die Ehefrau 24 Jahre, so beträgt das Eintrittscapital 222 Mark und der Jahresbeitrag 32 Mark; je jünger im Allgemeinen die verheiratheten Collegen beitreten, desto geringer stellt sich die Summe dieser Leistungen an den Verein. Das Eintrittscapital kann in 4 jährigen oder 8 halbjährigen Raten bezahlt werden. Ein Wittwer gewordenes Mitglied zahlt für seine pensionsberechtigten Kinder den vierten Theil seines Beitrags.

Als ordentliches Mitglied wird jeder verheirathete Arzt aufgenommen, der bayerischer Staatsbürger ist. Ausgeschlossen sind nur Aerzte, welche das sechzigste Jahr überschritten haben, und Militärärzte, so lange die Armee auf dem Kriegsfusse steht. Zur Aufnahme ist eine besondere schriftliche Beitrittserklärung und die standesamtliche Heirathsurkunde dem betreffenden Kreisausschusse einzusenden [4]).

Es besteht nur eine Classe von Pensionsversicherung; einfache Waisen erhalten $^1/_5$, Doppelwaisen $^3/_{10}$ der Pension der Wittwe, welche zur Zeit jährlich 200 Mark + 10 Proc. Dividende = 220 Mark beträgt und auf Lebensdauer fliesst, wenn sie in diesem Stande verbleibt, während die Waisen dieselbe bis zum vollendeten 21. Lebensjahre erhalten. Der Genuss der ganzen Pension ist dadurch bedingt, dass das ordentliche Mitglied volle vier Jahre im Vereine bleibt und seine Verbindlichkeiten erfüllt; erfolgt der Tod nach Ablauf des ersten Jahres der Mitgliedschaft, so bezieht die Wittwe die Hälfte der versicherten Pension.

Das Vermögen des Vereins wird gebildet

1) aus den Eintrittscapitalien, Jahresbeiträgen u. s. w. und aus den Zinsen der hieraus angelegten Capitalien, dem Pensionsfonds;

2) aus dem Stockfonds, bestehend aus den jährlichen Staatszuschüssen, anfallenden Erbschaften, Schenkungen und den hieraus sich ergebenden Capitalszinsen.

Das rentirliche Vermögen des Vereins beträgt zur Zeit 1 225 000 Mark, deren Zinsen sich auf 44 700 Mark belaufen.

Das ärztliche Unterstützungswesen in Bayern.

An die verehrlichen ärztlichen Bezirksvereine Bayerns.

Vor Kurzem hat der „Verein zur Unterstützung invalider, hilfsbedürftiger Aerzte in Bayern“ seinen Jahresbericht für 1899 veröffentlicht und darin wieder den Beweis geliefert, wie wohlthätig sein Wirken für unterstützungsbedürftige Collegen war.

An der erspriesslichen Thätigkeit dieses Vereines wird wohl von keinem Arzt gezweifelt, nur wird Seitens eines sehr grossen Theiles derselben seit langem der Wunsch gehegt, es möchte einmal in Bayern zu dem Bestande einer Casse kommen, auf deren Leistungen die Mitglieder auf Grund ihrer Beiträge rechtlichen Anspruch hätten, die also nicht als Wohlthätigkeitsgaben zu erbitten wären.

Aus diesem Grunde wurde bereits vor mehreren Jahren von dem ärztlichen Bezirksvereine Nürnberg der Versuch gemacht, die bayerischen Aerzte zur Gründung einer Krankencasse aufzumuntern. Der Erfolg dieses Umschreibens war eigentlich kein ungünstiger, da nach dem einschlägigen, mir von Herrn Hofrath Dr. Stepp gütigst zur Verfügung gestellten Actenmaterial die überwiegende Mehrzahl der Vereine sich im Princip für die Ausführung dieses Gedankens erklärte.

Die Sache wurde damals wieder fallen gelassen, weil Vereine grösserer Städte sich passiv zur Angelegenheit verhielten.

Wenn ich heute den Gegenstand neuerdings aufgreife, so thue ich es vor Allem desshalb, weil im Vereine Ebern-Hassfurt, dessen Vorstand ich bin, ein diesbezüglicher Wunsch ausgesprochen wurde und weil ich aus Erfahrung weiss, dass auch andere Vereine dieser Frage sehr sympathisch gegenüber stehen.

Ich verhehle mir dabei keineswegs die Schwierigkeiten, welche sich der Gründung oder vielmehr dem gedeihlichen Fortbestande einer Casse entgegenstellen, welche sich zur Aufgabe macht, Unterstützung für Erwerbsunfähigkeit zu gewähren, die durch Krankheitsfälle jeder Art — nicht durch Unfälle allein — bedingt ist. Es mahnen desshalb auch die von versicherungs-technischer Seite abgegebenen Urtheile zu grosser Vorsicht bei derartigen Unternehmungen; eine dauernde Ausführbarkeit derartiger Krankenversicherungen sei nur bei bedingungsweiser Entschädigung möglich. Entsprechende Entschädigungen bei nicht zu hoher Prämieneinzahlung können nur dann geleistet werden, wenn überhaupt nicht bei jeder kurz dauernden Erkrankung, sondern erst etwa vom 15. Krankheitstage ab Entschädigung gewährt wird.

Dieser Umstand hat mich daher auf den Gedanken gebracht, ob es sich nicht empfehlen dürfte, vorerst die Gründung eines Vereins anzustreben, der sich zur Aufgabe macht, bei eintretender längerer Erwerbsunfähigkeit seinen Mitgliedern eine Unterstützung, gewissermaassen eine Art Pension — sei es zeitlich oder dauernd — zu gewähren, da doch sicher angenommen werden darf, dass Aerzte nicht bei jeder kürzer währenden Erkrankung einer Unterstützung bedürfen.

Es wäre nun Sache weiterer Erwägung, ob zu diesem Zwecke ein eigener Verein gegründet oder ob der oben genannte Verein zur Unterstützung invalider Aerzte in entsprechender Weise umund ausgestaltet werden könnte.

Diese Frage möchte ich den ärztlichen Bezirksvereinen zur sachgemässen Prüfung vorlegen; ein derartiges Unternehmen kann ja nicht von einzelnen Personen oder Vereinen ausgehen, daran muss die Gesammtheit der bayerischen Aerzte mitarbeiten.

Was weiters die Art der ferneren Entwickelung der Angelegenheit betrifft, so will ich diese hier nur kurz streifen, indem ich einen seiner Zeit von dem für die Sache sich sehr interessirenden Geheimrath v. Kerschensteiner † gemachten Vorschlag anführe, der dahin ging, dass die Vereine, nach vorheriger interner Berathung, Delegirte zu einer gemeinsamen Besprechung abordnen sollen. Die Belastung der Aerztekammern mit diesem Gegenstand erscheine indess nicht zweckmässig, da diese bei der Beschäftigung mit anderem Material nicht genügend Zeit zur Verfügung haben. Es müssten also die Vertreter der Vereine eine besondere Zusammenkunft abhalten und könnte dabei die Sache so gehandhabt werden, dass entweder die Vereine direct Vertreter abordnen oder dass vorerst Kreisversammlungen abgehalten und von diesen Delegirte bestellt würden. Es ist dies ja reine Ermessensfrage.

Dass bei der grossen Zahl bayerischer Aerzte ein lebensfähiger Verein sich gründen lässt, der sicher keine allzu hohen Prämienforderungen einsetzen muss, ist wohl nicht zu bezweifeln, selbst wenn ein Bruchtheil von Collegen sich von der Betheiligung ausschliesst.

Von den Bedenken, welche früher gegen die Gründung einer neuen Unterstützungscasse geltend gemacht wurden, möchte ich hier nur die Befürchtung als unbegründet widerlegen, als könnten dadurch die jetzt bestehenden ähnlichen Vereine in Bayern geschädigt werden.

Der Wittwen- und Waisenverein, sowie die Sterbecasse haben ja die Aufgabe, für die Hinterbliebenen der Aerzte zu sorgen, der neue Verein soll aber den Aerzten bei Lebzeiten Unterstützung gewähren, damit sie nicht für den Fall längerer oder dauernder Erwerbsunfähigkeit bei Krankheit oder Alter das früher gesammelte Vermögen ihren Angehörigen wieder ganz oder zum grossen Theil entziehen oder gar darben müssen.

Das Princip der Betheiligung sämmtlicher deutscher Aerzte an einer gemeinsamen Unterstützungscasse ist bereits von anderen Staaten durchbrochen.

Dass bei dem sich stets mehr erschwerenden Existenzkampf eine Vorsorge für invalide Aerzte höchst wünschenswerth ist, wird von Niemanden bestritten; mit Rücksicht darauf dürfen aber auch die beim Unternehmen auftauchenden Schwierigkeiten nicht gleich von vorneherein abschrecken.

Ich hege die zuversichtliche Ueberzeugung, dass, wie es ja nothwendig ist, ein Verein der einen oder anderen grösseren Stadt bereit sein wird, die Angelegenheit in die Wege zu leiten.

Damit es aber nicht den Anschein hat, als ob ich selbst vor der mühsameren weiteren Mitarbeit zurückschrecke, so erkläre auch ich mich bereit, soweit als hier überhaupt möglich, an der Ausgestaltung der Frage jederzeit mitzuwirken.

Vorderhand glaube ich aber des Eingehens auf weitere Details mich besser zu enthalten, bis die ärztlichen Bezirksvereine selbst zur Frage Stellung genommen haben. Es würde mich freuen, wenn es dem gemeinsamen Bemühen der bayerischen

[3]) Schon jetzt gehört wohl die Mehrzahl der amtlichen Aerzte dem Pensionsvereine an.

[4]) Für mittellose Collegen, die beitreten wollen, kann aus den jeweiligen disponiblen Mitteln des Stockfonds das Eintrittscapital oder der jährliche Beitrag auf Ansuchen bezahlt werden.

Aerzte gelänge, ein Institut zu schaffen, das einem vielseitig längst gehegten Wunsche auf zweckentsprechende Weise gerecht zu werden vermag.

Ebern. Dr. Spaet, kgl. Bezirksarzt.

Referate und Bücheranzeigen.

Obersteiner: Arbeiten aus dem Institut für Anatomie und Physiologie des Centralnervensystems an der Wiener Universität. VI. Heft. 8 Tafeln. 255 Seiten. Leipzig und Wien, Franz Deuticke, 1899. Preis 16 M.

Spitzer bringt neues werthvolles Material zur Anatomie und Physiologie des hinteren Längsbündels. In einer sehr ansprechenden Deduction kommt er zu einer physiologischen Gegenüberstellung dieses Faserzuges und der Pyramiden, die von allgemeinem Interesse ist:

Das hintere Längsbündel enthält diejenigen motorischen Fasern, welche der Orientirung im Raume dienen. In Verbindung mit den sensiblen Bahnen ist es an der Production, Ordnung und Verbindung der Vorstellungen betheiligt („motorische Vorstellungsbahn", „centrifugale Sinnesbahn"). Desshalb ist es beim Menschen, der sich durch Bewegung der Augen und des Kopfes seine Raumorientirung verschafft, auf die Gegend der Hals- und Augenmuskelcentren beschränkt, während es beim Fisch, wo die Schwanzmusculatur u. a. eine ähnliche Function wie die Halsmusculatur der Säugethiere besitzt, bis in's unterste Rückenmark reicht. Die Pyramidenbahnen dagegen dienen den gewollten Bewegungen, mit denen man in den Gang der äusseren Ereignisse aggressiv oder defensiv eingreift. Bei den niederen Wirbelthieren haben sich die letzteren Functionen noch nicht differenzirt, desshalb fehlt ihnen die Pyramidenbahn.

Zur Erklärung der als Herdsymptom bekannten conjugirten Deviation der Augen stellt S. ein neues, den modernen Anschauungen entsprechendes anatomisches Schema auf, worin bemerkenswerth ist die Annahme einer sich über verschiedene Höhen ausbreitenden Rückkreuzung der centralen Bahnen zum Rectus internus. So erklärt sich die isolirte Lähmung des Rectus internus für die Seitwärtswendung bei erhaltener Convergenzfunction durch die unvollständige Lähmung dieses Muskels. Um Doppelbilder zu vermeiden, würde beim Blick nach der Seite die Function des paretischen Muskels dem cooperirenden (gelähmten) Abducens, bei der Convergenz dem gekreuzten (intacten) Internus angepasst, im ersteren Falle also instinctiv geschwächt, im letzteren möglichst angestrengt. Mit dieser Erklärung müsste aber noch in Einklang gebracht werden die bekannte Thatsache, dass bei isolirter Abducenslähmung der cooperirende Internus sich nicht in dieser Weise anpasst, sondern umgekehrt Neigung hat, über das Ziel hinauszuschiessen. — Die zweite, pag. 46 ausgeführte Erklärungsmöglichkeit der schweren Verletzlichkeit der Convergenzbewegung durch die nothwendige Doppelseitigkeit der Convergenzbahn hat Referent bereits im Jahre 1885 angenommen. — Pag. 35 meint Verfasser, Referent gehe zu weit, wenn er ein Centrum für die Seitwärtsbewegung der Augen läugne. Referent definirte aber das Centrum ausdrücklich als „eine umschriebene Anhäufung grauer Substanz, die ankommende Reize nach genauen Regeln in Innervation bestimmter Muskelgruppen umsetzt", und führte aus, dass die Existenz eines solchen Centrums für die Augenbewegung unwahrscheinlich sei. Verfasser aber sagt: „es muss irgendwo eine der functionellen Ordnung entsprechende anatomische Gruppirung der Fasern stattfinden. Der so bestimmte Begriff des Blickcentrums lässt sich nicht eliminiren." Da können wir in Frieden neben einander wohnen.

Zappert stützt seine frühere Arbeit über Degeneration der vorderen Wurzeln etc. bei an verschiedenen Krankheiten gestorbenen Kindern durch ausgedehnte neue Untersuchungen. Bei der Discussion der Körnchenzellen in unfertigen Strängen dürfte er etwa die Untersuchungen Wlassak's (die Herkunft des Myelins, Archiv für Entwicklungsmechanik der Organismen, herausgegeben von Prof. Roux in Halle, VI. Bd., 4. Heft, Leipzig 1898) noch erwähnen.

Neurath berichtet über einen Fall von Neurogliosis gangliocellularis diffusa, wobei er die Natur der pathologischen Zellen unaufgeklärt lassen muss.

Kure beschreibt die Degeneration der cerebralen Trigeniumszellen nach Durchschneidung der Nerven und glaubt eine Kreuzung der entsprechenden Wurzel ausgeschlossen zu haben.

Pineles macht es wahrscheinlich, dass Hemichorea von Athetose mit Verletzung cerebellarer Bahnen (Bindearm) in Verbindung stehen.

Zappert und Hitschmann beschreiben einen sehr seltenen Fall von Hydromikrocephalus, bei dem das functionirende Nervensystem vor den hinteren Vierhügeln aufhörte.

Bleuler-Burghölzli.

Emil du Bois-Reymond's Vorlesungen über die Physik des organischen Stoffwechsels. Herausgegeben von Dr. R. du Bois-Reymond, Berlin, Hirschwald, 1900.

Das Büchlein stellt sich die Aufgabe, „den Gedankenkreis darzustellen, aus dem heraus die Vorlesungen gehalten wurden", die 40 Jahre hindurch das Sommerpublicum des bekannten Gelehrten bildeten. Der Inhalt deckt sich so ziemlich mit dem, was man heutzutage als physikalische Chemie bezeichnet; es sind die von dem Aggregatzustande, nicht von der chemischen Constitution der Körper abhängigen Erscheinungen, welche in dem Vordergrund der Betrachtung stehen. Die Darstellung ist bis auf einige Anmerkungen unberührt von den grossen Fortschritten, welche die Lehre von der Beschaffenheit der Lösungen durch van t'Hoff und Arrhenius erfahren hat und muss in Folge dessen in gewissen Punkten als unvollständig gelten. Trotzdem ist die Herausgabe dieser Vorlesungen ein dankenswerthes Unternehmen, weil sie den ersten und bisher einzigen Versuch darstellen, die Bedeutung der physikalisch-chemischen Vorgänge für die Geschehnisse in der organischen Welt in übersichtlicher Weise zu beleuchten. Ist dieses Thema an sich schon anziehend, so wird die Lectüre noch fesselnder durch die eingestreuten historischen Excurse, interessanten Vergleiche und anschaulichen Versuchsbeschreibungen. Umfassendes Wissen, analytische Kraft und hohe Darstellungskunst erscheinen in anspruchslosem Gewande.

Die Verarbeitung der anscheinend nicht viel mehr als Stichworte enthaltenden Originalaufzeichnungen und der nachgeschriebenen Vorlesungshefte zu einem einheitlichen Ganzen muss als durchaus geglückt bezeichnet werden, bedeutet aber eine Mühewaltung von Seiten des Herausgebers, wie sie nur bei liebevollem Versenken in die Aufgabe zu leisten ist.

M. v. Frey-Würzburg.

A. Mueller: Geburtshilfliches Taschenphantom. München 1899. J. F. Lehmann. Preis 6 M.

Durch das Phantom soll der Austrittsmechanismus bei den verschiedenen Schädellagen veranschaulicht werden. In sehr glücklicher Weise ist hierbei die Wirkung der Weichtheile durch 2 Uhrfedern dargestellt, so dass in der That die letzte Drehung des Kopfes recht gut zur Anschauung gebracht wird. Hierin und in der Darstellung der verschiedenen Zugrichtungen bei der Beckenausgangszange liegt der Hauptwerth des Büchleins. Da dem Phantom Durchschnitte von Köpfen, die die den einzelnen Lagen entsprechenden Umformungen deutlich erkennen lassen, beigegeben sind, so kann insbesondere die Inanspruchnahme der Dammgebilde beim Durchtritt des Kopfes und bei der Ausziehung mit der Zange recht gut veranschaulicht werden. Viel mehr aber vermag das Phantom nicht zu bieten und gerade die Punkte, die erfahrungsgemäss dem Studirenden am meisten Schwierigkeiten bieten, weil sie eine genaue räumliche Darstellung voraussetzen, wie z. B. die verschiedenen Einstellungen des Kopfes im Beckeneingange, seine verschiedenen Drehungen beim Eintritt in's Becken, bei seinem Durchtritt durch das Becken, das Anlegen der einzelnen Zangenlöffel u. s. w. können natürlich nicht zur Anschauung gebracht werden. Das Büchlein wird also den so nothwendigen praktischen Unterricht am geburtshilflichen Phantome beim häuslichen Studium nur in einem eng umschriebenen Gebiete ergänzen können. Ref., der A. Mueller's Verdienste um die Erforschung des Austrittsmechanismus der einzelnen Kopflagen gerne anerkennt, kann aber hierbei ein Bedenken gegen die von A. Mueller beliebte Trennung kleiner Abweichungen im Mechanismus der Kopflagen in verschiedene „Positiones", denen besondere lateinische Bezeichnungen beigelegt werden, nicht unterdrücken. Soweit dem Ref. bekannt, haben die Anschauungen über die verschiedenen Mechanismen der Kopflagen, die A. Mueller vertritt, eine allgemeine Anerkennung noch nicht gefunden, vielmehr wird seine Eintheilung wohl von manchen Lehrern der Geburtshilfe nicht gebilligt. Ist es nun be-

rechtigt, in einem Werkchen, das doch wesentlich für den Gebrauch der Studirenden bestimmt ist, persönliche Anschauungen einem Leserkreise vorzutragen, dem doch für gewöhnlich wenigstens die Fähigkeit der Kritik abgesprochen werden muss. Ref. kann sich dem Eindruck nicht verschliessen, als ob, zumal durch die Einführung ganz neuer Namen, die der Studirende im Unterricht sonst nicht zu hören bekommt, die Gefahr sehr nahe liege, dass dadurch statt der erhofften Klärung nur Verwirrung angerichtet werde. A. Gessner-Erlangen.

Dr. **Otto Neustätter**-München: **Das Frauenstudium im Auslande.** Verlag von A. Schupp, München 1899.

In der vorliegenden Broschüre gibt N. einen kurzen Ueberblick über die Zulassung der Frauen zu Mittel- und Hochschulen, sowie zu den akademischen Berufen in den ausserdeutschen Culturländern. Das hier gesammelte und gedrängt zusammengestellte Material wird Jedem, der sich über diese brennende Tagesfrage orientiren will, willkommen sein. Die Gegenüberstellung der Bestimmungen zeigt auf das deutlichste, dass Deutschland bisher am zögerndsten Schritte gethan hat, um der Frau den Weg in die gelehrten Berufe zu öffnen, während in vielen anderen Staaten längst ein grosser Theil der Schranken gefallen ist. N. steht auf dem Standpunkte, dass letzteres auch für Deutschland nur eine Frage der Zeit ist — thatsächlich haben ja die jüngsten Wochen in dieser Hinsicht Reformirendes gebracht —, allein er plaidirt für die vollständige Freigabe der Universitätsstudien und akademischen Berufe an die Frauen, nicht ausschliesslich für „die Frau als Arzt“ und sieht in der freien Zulassung der Frauen das einzig Richtige, weil „Unabweisbare und Würdigste“.

Dr. Grassmann-München.

Neueste Journalliteratur.

Centralblatt für innere Medicin. 1900. No. 23.

A. Kasem-Beck-Kasan: **Ein Fall von erworbener Stenose der Pulmonalarterien.**

Ein 50 jähriger Arbeiter kam mit schweren Compensationsstörungen in Behandlung, es bestanden doppelseitiger Hydrothorax, Ascites, Oedeme, Hydropericard, besonders aber eine Erweiterung des rechten Ventrikels, positiver Venenpuls; an der Herzspitze und im 2. l. Intercostalraum, weniger in der übrigen Herzgegend frémissement cataire systolique; starkes systolisches, schwaches diastolisches Geräusch in der ganzen Herzgegend, am lautesten im 2. l. Intercostalraum, dann an der Herzspitze; 2. Pulmonalton nicht verstärkt. Die Seltenheit einer erworbenen Stenose der Pulmonalarterie, sowie die Thatsache, dass man bei der Mitralinsufficienz das systolische Geräusch ausser an der Herzspitze fast immer auch im 2. Intercostalraum links, und hier öfter am lautesten, hört, veranlassten den Verfasser, eine Mitralinsufficienz (neben der relativen Tricuspidalinsufficienz) als Hauptsache anzunehmen. Die Section ergab indessen eine Stenose der Pulmonalarterie. Die Wand derselben erscheint verdickt und verdichtet durch knotenförmige Verdickungen, das Lumen ist verengt und für den kleinen Finger nicht durchgängig, Intima uneben. Die runden Knoten in der Gefässwand erreichen die Grösse einer Erbse, sie erweisen sich als Gummata. — Sichere Unterscheidungsmerkmale zwischen Pulmonalstenose und Mitralinsufficienz lassen sich oft nicht aufstellen, weil die hydraulischen Verhältnisse bei beiden Fehlern die gleichen sind. Verfasser führt zwei weitere Fälle an, in denen derselbe diagnostische Irrthum, wie in der mitgetheilten Beobachtung begangen wurde. W. Zinn-Berlin.

Archiv für klinische Chirurgie. 61. Band, 1. Heft. Berlin Hirschwald, 1900.

1) Hohlbeck: **Drei Fälle von Darmocclusion durch Meckel'sches Divertikel.** (Stadtkrankenhaus Riga.)

a) ½ Fuss lange Invaginatio ileocoecalis, hervorgerufen durch ein wallnussgrosses Meckel'sches Divertikel. Lösung der Invagination, Exstirpation des Divertikels. Tod nach 2 Tagen. Section verweigert.

b) Abknickung des Dünndarmes durch ein an einem Netzstrang adhaerentes Meckel'sches Divertikel. Resection von Darm und Divertikel. Exitus im Collaps. Keine Peritonitis.

c) Abklemmung einer Dünndarmschlinge durch Knotenbildung eines freien Divertikels. Resection von 80 cm Darm. Murphyknopf. Heilung.

2) Janni: **Die feinen Veränderungen der Venenhäute bei Varicen.** (Chirurg. Institut Neapel.)

J. hat seine Untersuchungen an ektatischen Venen des Samengeflechtes angestellt und besonderen Werth auf die deutliche Färbung der inneren Grenzmembran gelegt. Er fand in den varicösen Venen nicht nur durch die passive Ausdehnung derselben bedingte regressive Wandveränderungen, sondern auch Bindegewebsneubildungen, die ihren Sitz hauptsächlich in der Intima haben und unter der Form einer Knoten oder Platten bildenden Endophlebitis auftreten. An diesen endophlebitischen Neubildungen springt ein Zerfall der inneren Grenzmembran in dünnere elastische Fasern und Häute deutlich in die Augen. Dieser Zerfall der inneren elastischen Grenzmembran ist, besonders an grossen Knoten, von einer Neubildung von elastischen Fasern begleitet. Die Endophlebitis ist die primitive Veränderung und unabhängig von den Veränderungen der anderen Venenhäute.

3) Capurro: **Ueber den Werth der Plastik mittels quergestreiften Muskelgewebes.** (Chirurg. Klinik Genua [Morisani]).

In der breit angelegten experimentellen Arbeit hat Verfasser die noch offene Frage der Einheilung von überpflanzten Muskellappen zu lösen versucht. Die freie Einpflanzung quergestreifter Muskellappen, sei es auf Thiere derselben Gattung, sei es auf einer verschiedenen, gibt immer negative Resultate. Bei ihr erfolgt die Zerstörung des Gewebes meist sehr schnell durch einen Process ischaemischer Nekrose, welche sich bei einigen als Verkäsung des Lappens darstellt; bei dem anderen vollzieht sie sich langsam unter dem Bilde der sog. fibrösen Metamorphose. Die Transplantation gestielter Lappen entspricht dem Zwecke der Plastik unter dem doppelten Gesichtspunkte der mechanischen Verstärkung eines Theiles und der Erhaltung der Functionsfähigkeit des speciellen Gewebes. Die Contractionskraft wechselt jedoch beträchtlich, je nach der Einpflanzungsart des Lappens. Sie ist unter sonst gleichen Verhältnissen grösser in den partiellen als in den totalen Lappen, grösser in den mässig als in den stark gespannten, grösser bei Transplantationen aus nahen und parallel laufenden Muskeln als umgekehrt, grösser bei geringerer Reclination zum rechten Winkel, bei einfacher Drehung und bei Biegung des Stieles, grösser bei Einpflanzung auf die Aponeurose des Muskels, als bei Aufpflanzung auf das Muskelfleisch selbst, beträchtlich verkleinert bei Schlaffheit des Lappens, bei vollständiger Dehnung und bei grösserer Reclination zum rechten Winkel, ebenso bei Einpflanzung auf nachgiebiges Gewebe ohne eigene Bewegungen. Ohne Einfluss auf die Functionskraft sind der Sitz des Stieles, der Antagonismus oder die Synergie der Muskeln, die Beziehungen zur Aponeurose und zur Scheide des primitiven Muskels.

4) Schanz-Dresden: **Ueber Spondylitis typhosa.**

Das von Quincke zuerst beobachtete Krankheitsbild ist bisher nur von Könitzer noch einmal beschrieben worden. Sch. theilt einen weiteren Fall mit, der eine 36 jährige Dame betraf. Etwa 4 Wochen nach der Entfieberung traten die ersten Erscheinungen der Spondylitis auf: baldiges Ermüden beim Gehen und Schmerzen in den Beinen. Allmählich stellten sich sehr heftige Schmerzen im Kreuz ein und nahezu völlige Unbeweglichkeit. Die objective Untersuchung ergab heftigen Druckschmerz am letzten Lendenwirbel. Die Lagerung im Gipsbett beseitigte die Beschwerden mit einem Schlage, und es erfolgte ungestörte Heilung.

Die Diagnose in allen 4 beschriebenen Fällen kann beim Fehlen anatomischer Untersuchungen nur eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose sein. Den ersten Quincke'schen Fall kann Verfasser nicht für eine Spondylitis erklären, da die örtlichen Erscheinungen nicht charakteristisch waren. Von Bedeutung für die Diagnose ist hauptsächlich das Vorausgehen des Typhus und das Vorhandensein anderer Herde. In des Verfassers Falle bestand noch eine Schultergelenksaffection und eine Vereiterung des rechten Bulbus.

5) Schanz-Dresden: **Ueber die Bedeutung der portativen Apparate in der Skoliosenbehandlung.**

In dem Streit über die Bedeutung der portativen Skoliosenapparate scheint des Verfassers Standpunkt recht beachtenswerth. Von den reinen Stützapparaten glaubt er, dass sie im geeigneten Falle ein durchaus rationelles Hilfsmittel darstellen; sie können allerdings nie eine Correction der Deformität herbeiführen, sondern nur dem Fortschreiten der Skoliose Einhalt thun, bezw. ein anderweitig erreichtes Redressionsresultat festhalten.

Ueber die redressirenden portativen Apparate lautet des Verfassers Meinung recht ungünstig. Er führt aus, wie mit Hilfe derselben eine Extension eigentlich unmöglich, und wie der Druck auf den Rippenbuckel die Wirbelsäulenhaltung nicht mehr beeinflussen könne. Man kann wohl die Rumpfcontouren der Norm nähern, die Wirbelsäulenstreckung bleibt dagegen aus, und der Rippenbuckel wird sogar erhöht. Auch für die Zukunft verspricht sich Verfasser von weiteren derartigen Apparaten keinen Fortschritt.

6) Aue-St. Petersburg: **Plastische Deckung von Trachealdefecten.**

Ein bei einem 14 jährigen Knaben vorhandener Defect der vorderen Trachealwand, 5 Trachealringe betreffend, wurde durch einen gedoppelten Hautknochenlappen vom Sternum gedeckt. Das Ergebniss war sehr gut.

7) Stierlin-Winterthur: **Schädelbasisfractur mit Lähmungen im Gebiete des X. und XII. Hirnnerven.**

In einem Falle von Schädelverletzung fand Verf. folgende Gehirnnervenstörungen: 1) Lähmung des linken M. rectus externus (Abducens), 2) Lähmung der rechten Zungenhälfte (Hypoglossus), 3) Lähmung der rechten Hälfte des Gaumensegels, 4) Parese des rechten Stimmbandes (Vagus), 5) Parese der Mm. constrictores pharyngis, 6) Reizung des rechten N. accessorius. Verf. stellte die Diagnose auf ringförmig die vordere Hälfte des Foramen magnum umziehende Schädelbasisfractur mit Laesion des linken Abducens, des rechten Hypoglossus und Vagus.

Die Section bestätigte im Allgemeinen diese Diagnose. Auf einzelne Unterschiede hier einzugehen würde zu weit führen. Erwähnt sei nur, dass der Secirende auch eine Schädigung des N. glosso-pharyngeus annahm, während Verf. dieselbe völlig von der

Hand weist, da das Schmeckvermögen überall auf der Zunge, sowie die Sensibilität des Rachens und Gaumens ungestört waren.

Von Bedeutung ist in diesem Falle die Lähmung der rechten Seite des Gaumensegels. Rethi hat bekanntlich experimentell nachgewiesen, dass die Facialiswurzel an der Innervation der Gaumenmuskel ganz unbetheiligt sei, während man früher den M. levator veli palatini als vom Facialis innervirt annahm. Nach Rethi stammen die Nervenfasern für alle Gaumenmuskeln aus dem N. vagus. Des Verf.'s Fall ist ein Beweis, dass diese Verhältnisse auch beim Menschen Geltung haben.

8) Rammstedt: **Ueber traumatische Muskelverknöcherungen.** (Chirurg. Klinik Halle.)

Nach schweren Verletzungen (Hufschlag) kommen in seltenen Fällen, ohne dass ein Knochen verletzt ist, an gewissen Muskelgruppen, fern von den Muskelinsertionen, solitäre Verknöcherungen vor. In der Literatur sind bisher 12 derartige Fälle beschrieben worden, fast alle betrafen die Oberschenkel- und Oberarmmusculatur. R. fügt 2 neue Fälle hinzu, die beide den Vastus internus betrafen und durch die Exstirpation geheilt wurden.

Das Präparat des einen Falles stellte einen überall vollkommen abgeschlossenen Hohlraum mit knöchernen Wänden dar, die mit dem Femur in einer Grösse von 1:4 cm verwachsen waren. Sonst war der Femur überall von Musculatur umgeben, die, je näher sie der Cystenwand anlag, allmählich ihre rothe Farbe verlor und in ein weisses sehniges Gewebe überging. Inwendig war der Hohlraum mit einer zarten grauweissen Membran ausgekleidet und mit 100 ccm einer klaren rothgelben Flüssigkeit gefüllt.

Die mikroskopische Untersuchung des von Musculatur umgebenen Cystentheiles ergab, wie die Muskelfasern nach dem Tumor zu allmählich ihre Querstreifung verloren und sich allmählich in Rudimente von Muskelfasern umwandelten. Gleichzeitig schob sich Bindegewebe zwischen die einzelnen Fasern hinein, das nach dem Tumor zu sehr reich an Zellen wurde und schliesslich mit einem reihenweise angeordneten Saum von Osteoblasten in die Knochenneubildung überging. An der Stelle, wo die Knochencyste mit dem Femur zusammenhing, ergab sich eine ausgesprochen enchondrale Knochenneubildung.

Auf Grund der mikroskopischen Verhältnisse glaubt Verf., dass es sich bei diesen Osteomen nicht um entzündliche Processe, sondern um wirkliche Osteome handelt. In Folge eines Blutergusses kommt es zu einer enormen Bindegewebswucherung, die ihrerseits wieder zur Knochenbildung Veranlassung gibt. Eine Betheiligung des Periostes an der Knochenneubildung hält Verf. für unwahrscheinlich.

9) Josef Smits-'s Gravenhage: **Zur Chirurgie des Leberabscesses.**

S. hat als ehemaliger Chirurg in Batavia 22 Fälle von Leberabscess zu behandeln Gelegenheit gehabt. 21 derselben wurden operirt, und von diesen sind 3 gestorben und 18 geheilt. Bei allen Gestorbenen handelte es sich um multiple Abscesse.

Verf. erörtert ausführlich die Diagnostik der Leberabscesse und die für die Therapie wichtigen Gesichtspunkte. Bei Verdacht auf Leberabscess soll man alsbald dessen Lage durch die Probepunction feststellen. Verf. verwendet dazu ungefähr 10 bis 20 g haltende Spritzen mit langen Canülen, welche ein ziemlich starkes Lumen haben (äusserer Durchmesser 2—3 mm). Bei der Behandlung kann selbstverständlich nur der Schnitt in Frage kommen. 19 mal hat S. zweizeitig und 2 mal einzeitig operirt. Von den ersteren Operationen waren 12 transpleural, 6 abdominal, 1 nach Lannelongue'scher Methode (Resection des unteren Thoraxrandes) ausgeführt.

10) Pichler: **Zur Statistik und operativen Behandlung der Rectumcarcinome.** (Hochenegg'sche Abtheilung Wien.)

In fast allen Lehrbüchern und Monographien findet sich die Angabe, dass Hochenegg bei seiner sacralen Exstirpation des Rectumcarcinoms eine Mortalität von 20 Proc. habe. Dieser Angabe entgegen zu treten, ist der erste Zweck vorliegender Arbeit; aus den früheren Mittheilungen von Hochenegg ergibt sich eine Mortalität von nur 5.8 Proc.

Im Ganzen hat Hochenegg bisher 119 Fälle von Rectumcarcinom nach seiner sacralen Methode operirt. Die Technik ist im Wesentlichen dieselbe geblieben. Von den 119 Fällen sind 10 im Anschluss an die Operation gestorben = 8,4 Proc. absolute Mortalität. Schaltet man einen Todesfall an capillärer Bronchitis, 1 an Magenduodenalblutung, 1 an Gehirnembolie, 1 an innerer Incarceration aus, die mit der Operation nicht in unmittelbarem Zusammenhang stehen, so bleiben noch 4 Fälle von Sepsis und 2 Verblutungen = 5,04 Proc.

Die Indicationsstellung war keineswegs eine engbegrenzte. Die Höhe des Sitzes bietet in keiner Weise eine Gegenanzeige. H. operirt nicht mehr, wenn das Carcinom in Folge wirklichen Uebergreifens im Becken fixirt ist.

Für die Frage der Dauerheilung (3 Jahre nach der Operation) können 67 Kranke verwendet werden. Von diesen sind 29 = 43,3 Proc. 3 Jahre nach der Operation am Leben geblieben.

Vollständige Continenz wurde bei 34 Patienten erreicht.

11) Noesske: **Neue Untersuchungen über den Bacillus pyocyaneus und die Gesetze der Farbstoffbildung.** (Chirurgische Poliklinik [Friedrich] Leipzig.)

Bei der Nachprüfung früherer Untersuchungen konnte Verf. auf's Bestimmteste nachweisen, dass das Magnesium in Verbindung mit Schwefel das wichtigste Element für die Farbstoffbildung des Bacillus pyocyaneus (ebenso auch für den Bacillus prodigiosus) darstellt. Beide Bacterien sind ein äusserst feines Reagens auf minimalste mit unseren chemisch-analytischen Methoden nicht mehr sicher nachweisbare Spuren von Magnesium und Schwefel.

Nach allgemeiner Annahme sind in den Pyocyaneusculturen gewöhnlich 2 gut unterscheidbare Farbstoffe vorhanden, ein gelbgrün fluorescirender, in Chloroform löslicher und ein nicht fluorescirender, in Chloroform mit azurblauer Farbe löslicher, das Pyocyanin.

Thumm glaubt, dass sich das Pyocyanin aus einer Ammoniakbase bilde, N. aber konnte sicher nachweisen, dass dasselbe, wie auch früher angenommen, sich durch Oxydation aus einer Leukobase bildet.

12) Saul-Berlin: **Bemerkungen zu den Publicationen Minervini's zur Catgutfrage.** Krecke.

Beiträge zur klinischen Chirurgie. Red. von P. v. Bruns, Tübingen, Laupp. XXVI. Bd. 2. Heft. 1900.

Das 2. Heft des 26. Bandes eröffnet eine Arbeit aus der Baseler Klinik von W. Respinger **über die Contagiosität des Erysipels**, worin R. nach historischen Bemerkungen und Besprechung der Vorstellungen von Contagiosität und Art der Contagion durch eigene Untersuchungsreihen und solche von Haegler (die völlig negativ waren), den Beweis bringt, dass weder in den Schuppen, noch in dem getrockneten Blaseninhalt die Contagion vermittelnden Momente gegeben seien und dass nur in der Nähe von Wunden (wie in den v. Eiselsberg'schen Fällen) die Erysipelcoccen an die Oberfläche kommen; bei Gesichtserysipel könne event. durch das Nasensecret eine Verbreitung der Krankheit erfolgen, derselben könne man durch Abschluss der Nasenhöhle mit Wattetampons leicht vorbeugen, auch im Schweiss liessen sich Erysipelcoccen nicht finden, während dies bei Coccenpyaemien häufig gelang. Das Erysipel ist demnach nicht als eigentlich contagiöse Krankheit anzusehen.

Aus dem Hamburger Allgemeinen Krankenhause gibt Kayser die Resultate seiner auf Anregung Kümmell's unternommenen **experimentellen Studien über Schussinfection,** indem er nach entspr. historischen und die bisher vorliegenden Versuche berücksichtigenden Bemerkungen seine Schiessversuche auf sterile, mit Gummikappen versehenen Blechbüchsen schildert und zu dem Resultate kommt, dass eine Abtödtung der der Kugel anhaftenden Keime (sowohl der an der Kugelspitze, als am cylindrischen Theil derselben aufsitzenden) durch den Schuss nicht stattfindet und dass selbe trotz Durchschlagens von Widerständen infectiös bleibt, wenn auch beim Einschalten starker Widerstände eine Abtödtung der Keime eintreten kann. Beim Durchschlagen septischer Kleiderstoffe tritt stets eine Uebertragung entwicklungsfähiger Keime auf, die in den Gelatinebüchsen auch im weiteren Umkreis des Schusscanals abgelagert werden. Die Schusswunden sind theoretisch als inficirte Wunden anzusehen und wenn auch in praxi die Gefahr einer Infection nicht gross ist, zumal der Organismus befähigt ist, sich einer gewissen Anzahl infectiöser Keime zu erwehren, so ist doch offene Wundbehandlung zu wählen, da sie gute Resultate gibt und auch theoretischen Vorstellungen entsprechend die ideale Behandlungsmethode darstellt.

P. Sudeck berichtet aus der gleichen Anstalt über den **schnellenden Finger** und theilt u. a. einen von ihm operirten Fall mit, in dem die Sublimisgabel die Hemmung abgab, d. h. als Grund des Schnellens (das bei Extension auftrat), eine (Atrophie) Verdünnung der Flexor profundus-Sehne an der Stelle, wo sie durch die Sublimisgabel hindurchgleitet, gefunden wurde, ein Befund, der sich auf eine Gruppe von Fällen verallgemeinern lässt.

Aus der Breslauer Klinik berichtet A. Jahn **über Urachusfisteln,** die, bald nach der Geburt und den ersten Lebensjahren beobachtet, durch einfache Methoden (Compression, Ligatur, Anfrischung der Naht) behandelt werden können, wenn sie aber erst später in Behandlung kommen, in der Regel operative Behandlung erheischen; selbe soll erst, wenn event. Cystitis beseitigt, in Frage kommen. J. theilt einen von v. Mikulicz operirten Fall mit, in dem der Nabel umschnitten, der Canal aus der Umgebung herauspräparirt (wobei ein kleiner Einschnitt des Peritoneums sofort durch die Naht geschlossen wurde), der Gang an der Mündungsstelle der Blase exstirpirt und die so entstandene quere Blasenwunde durch Naht geschlossen wurde, wonach die Bauchdecken bis auf einen an erstere heranreichenden Jodoformdocht geschlossen wurde. Besonders für die erworbenen Urachusfisteln, deren Operation von v. Bramann, Lexer u. A. ausgeführt wurde, scheint die Prognose im Allgemeinen keine sehr gute zu sein.

Aus der Tübinger Klinik berichtet F. Hofmeister über **eine ungewöhnliche Erscheinungsform der Blinddarmaktinomykose** im Anschluss an 2 Fälle von Ileocoecalresection, bei denen in einem Fall die aktinomykotische Natur des Processes sicher erwiesen, im zweiten Fall höchst wahrscheinlich ist, und die zeigen, dass auch der Nachweis eines scharf abgegrenzten, ja selbst beweglichen Tumors der Ileocoecalgegend die Diagnose Aktinomykose nicht absolut ausschliesst.

G. de Francisco berichtet aus der Heidelberger Klinik **über die Lehre der Brucheinklemmung ohne Einklemmung,**

Fr. Schneider aus der Rostocker chirurg. Klinik über **die Behandlung des Rectumcarcinoms und ihre Erfolge** an der betr. Klinik, indem er über 115 betr. Fälle aus Garrè's Klinik berichtet, von denen 53 radical operirt wurden (47,2 Proc.), Colostomie 32 mal (in 27,8 Proc.) ausgeführt wurde, zusammen also 80,8 Proc. operativ behandelt wurden, die nach den einzelnen Operationsarten näher analysirt werden.

K. Lindner berichtet aus dem Kaiserin Augustahospital — **zur Casuistik der scheinbar primären malignen Geschwülste**

mit **latentem Primärherd** — über einen Fall, in dem sich im Anschluss an ein Lymphosarkom des Dünndarms ein Ulcus der Kopfhaut mit Drüseninfection, das fälschlich als Carcinom angesehen wurde, entwickelte.

C. Brunner berichtet aus dem Cantonspital Münsterlingen: zur **Wunddrainage**,

Hanel aus der Breslauer Klinik über die **Wirkung des Spir. saponat. officinalis auf Mikroorganismen und seine Verwendbarkeit zur Desinfection der Hände und der Haut**, worin er durch eingehende Desinfectionsversuche und betr. praktische Erfahrungen den Beweis gebracht zu haben hofft, dass zur Vornahme auch der grössten Operation eine alleinige 5 Minuten lange Desinfection mit Spirit. saponat. officinalis ohne Wasserwaschung genüge.

O. Hahn berichtet schliesslich aus der Tübinger Klinik über die **Tuberculose der Knochen und Gelenke des Fusses** auf Grund von 704 Fällen der Bruns'schen Klinik, die er betr. Alter, Geschlecht (62 Proc. Männer), Localisation, Heredität und dann topographisch nach dem Sitz der Tuberculose analysirt, bezüglich welch' letzteren der Calcaneus insofern eine gesonderte Stellung einnimmt, als er am weitaus häufigsten (in 200 Fällen 87 mal isolirt erkrankt) sich befallen erwies (56mal war der Körper des Calcaneus betroffen, 14mal der Proc. ant.). In 53 Proc. der Fälle überhaupt wurde Trauma als Gelegenheitsursache angenommen. Eine wesentliche Zunahme der auf Unfälle zurückzuführenden Erkrankungen ist seit Einführung der Unfallgesetze nicht zu entnehmen (12:14 Proc.). Von den grösseren Gelenken ist das Fussgelenk am häufigsten erkrankt, dann folgt das Chopart'sche und Lisfranc'sche Gelenk; in 69 Proc. der Fälle von Fussgelenkstuberculose handelte es sich um primär ostalen Herd, in 31 Proc. um primären Synovialfungus. Schr.

Centralblatt für Chirurgie. 1900. No. 21—23.

No. 21. C. A. Elsberg-New-York: **Ein neues und einfaches Verfahren der Catgutsterilisation.** (Centralbl. f. Chirurgie, No. 21.)

E. hält die bisherigen Methoden der Catgutsterilisation durch trockene Hitze (Reverdin, Kümmell, Lauenstein) für nicht praktisch, da sie besondere Trockenöfen und genaue Temperaturmessungen nöthig machen, auch die Auskochmethoden benöthigen complicirtere Apparate; bei dem Formalinverfahren (Hofmeister) werde das Catgut zuweilen morsch. — E. hat desshalb ein einfaches, billiges und gründliches Verfahren angegeben (das auf der Ausfällung und Unlöslichkeit des Eiweisses in concentrirten Lösungen von Ammoniumsulf. beruht) und mit dem Jedermann ohne besondere Apparate und ohne specielle Erfahrung sich rasch steriles Catgut herstellen kann. — Das rohe Catgut wird in Chloroform oder Aether (am besten in einer Mischung beider 1:2) 24—48 Stunden entfettet, in einfacher Lage auf Glasrollen fest aufgewickelt und nun 10—30 Minuten lang in einer gesättigten wässerigen Lösung von Ammonium sulf. gekocht — durch Benützung von 2 proc. Carbollösung kann die Sterilisation sogar auf 4—10 Minuten abgekürzt werden. Danach wird ½—1 Minute in warmem oder kaltem sterilen Wasser, Carbol- und Sublimatlösung gründlich ausgewaschen und das Catgut kann sofort benützt werden oder wird in starkem Alkohol aufbewahrt. E. stellt eine Arbeit über die theoretische Grundlage der Methode und ein Verfahren, in gleicher Weise Schwämme durch Auskochen mehrmals sterilisiren zu können, in Aussicht.

No. 23. R. Kossmann: **Ueber ein neues Verfahren zur Sterilisation der Hände und des Operationsgebietes mittels des Chirols.**

K. empfiehlt in Hinsicht auf die nicht genügende Sicherheit der bisherigen Sterilisation und Unannehmlichkeit und Unzulänglichkeit der Gummihandschuhe die Anwendung einer Flüssigkeit, die auf der gereinigten und getrockneten Haut zu einem dünnen, aber resistenten Häutchen erstarrt — des von der Firma J. D. Riedel hergestellten Chirols, das eine Auflösung von gewissen Hartharzen und fetten Oelen in einem Gemisch leicht siedender Aether und Alkohole darstellt; man taucht die in üblicher Weise gereinigte desinficirte Hand in ein mit dieser Lösung gefülltes Becken und bewegt sie mit gespreizten Fingern in derselben, dann lässt man sie ein paar Secunden abtropfen und hält sie 2—3 Minuten in bequemer Haltung mit den Fingerspitzen aufwärts. Der elastische Ueberzug blättert nicht ab, beeinträchtigt nicht das Tastgefühl und wird (wie K. sich beim Kegeln überzeugte) nur langsam durchgerieben. Wasser, Sublimat, Chinosollösung schädigen den Ueberzug nicht, ja man kann damit sogar sich 5 proc. Formalinlösung bedienen; Lösungen mit freien Alkalien dagegen (Lysol) greifen den Ueberzug etwas an. Besonders für die Hände der Assistenz und des mit Einfädeln, Zureichen der Instrumente betrauten Personales empfiehlt K. das Chirol, das auch zur Verhütung event. Infectionen von kleinen Verletzungen oder den Haarbälgen aus sehr dienlich und das er besonders für die Hebammen obligatorisch haben möchte. Schr.

Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. 42. Bd., 3. Heft. Stuttgart, F. Enke, 1900.

1) M. Hofmeier-Würzburg: **Fibromyom und Schwangerschaft.**

H. hat bereits früher die Ansicht aufgestellt, dass die gewöhnliche Annahme eines ungünstigen Einflusses der Fibrome des Uterus auf Schwangerschaft und Geburt nicht zu Recht besteht. Neuerdings ist E. Fraenkel dieser Ansicht entgegengetreten, was H. veranlasste, auf Grund seiner weiteren Erfahrungen seinen Standpunkt von Neuem zu vertreten. Sein Material umfasst 550 Myomkranke, an denen H. den Einfluss der Myome auf die Conception, die Fruchtbarkeit und die Schwangerschaft untersuchte. Aus den vielfachen interessanten Daten sei nur Folgendes hervorgehoben:

Von den verheiratheten Myomkranken waren 26,7 Proc. steril verheirathet, doch war in den wenigsten Fällen das Myom als Ursache der Sterilität nachzuweisen. Die Durchschnittszahl der Schwangerschaften bei den Myomkranken, welche geboren hatten, betrug 3,6. Von allen myomkranken Frauen hatten 22 Proc. nur eine Schwangerschaft durchgemacht. Indem H. die Thatsache anerkennt, dass unter den Myomkranken ein grosser Procentsatz primär und secundär steriler Ehen vorkommt, dreht er die Frage nach der Aetiologie um und fragt, woher es komme, dass soviel unverheirathete, steril verheirathete oder secundär sterile Frauen später an Myomen leiden? Das Ausbleiben der Conception kann sehr wohl die Entwicklung der Myome begünstigen, deren angeborene Disposition bei allen Frauen etwa die gleiche ist. Auf diese Weise bestünde ein causales Verhältniss zwischen Myom und Conception, aber in umgekehrtem Sinne, als gewöhnlich angenommen.

Den Einfluss der Myome auf den Verlauf der Schwangerschaft bestreitet H. nach wie vor und verwirft daher auch mit ganz besonderen Ausnahmen jedes operative Eingreifen während der Gravidität. Die zur Stütze seiner Ansichten zahlreich aufgestellten Tabellen müssen im Original nachgesehen werden.

2) W. Beckmann-St. Petersburg: **Die puerperale Uterusgangraen.**

Unter dem Namen „Metritis dissecans puerperalis" wird eine seltene Wochenbettserkrankung beschrieben, von der B. allein 15 Fälle sah. Im Ganzen konnte er 40 Fälle in der Literatur zusammenstellen, aus denen er in der vorliegenden Arbeit ein Krankheitsbild aufstellt. Statt obigem Namen schlägt er die Bezeichnung: „puerperale Uterusgangraen" vor. Die Krankheit besteht, kurz gesagt, in einer Gewebsnekrose der Uteruswand, die durch Streptococceninfection hervorgerufen wird, und in der Regel in der 4. Woche durch eine secundäre Eiterung abgegrenzt und als Sequester ausgestossen wird. In diesen Fällen pflegt dann Heilung einzutreten. Die Diagnose ist vor Ausstossung des Sequesters häufig schon aus dem Localbefund zu stellen: es bestehen bei hohem Fieber verzögerte Involution des Uterus, Schwellung seiner inneren Wand und höchst putride, missfarbige Lochien. Die Mortalität betrug bisher 27,5 Proc. Als ursächliche Momente spielen operative Eingriffe (in 52 Proc. aller Fälle), lange Geburtsdauer und der Abdominaltyphus eine Rolle. In den nicht nekrotisch gewordenen Partien der Uteruswand konnte B. eine eigenartige Degeneration der Musculatur in Form einer Vacuolarisation nachweisen. Die Therapie soll expectativ sein. Besonders warnt B. vor intrauterinen Ausspülungen, wodurch eine Perforation hervorgerufen werden kann.

3) Gustav Vogel-Würzburg: **Beitrag zur Lehre von der Inversio uteri.**

V. beschreibt zunächst einen Fall spontaner Uterusinversion, der sich bei einer 25 jährigen I. Para, die mit der Zange entbunden war, vor den Augen des Arztes ereignete. Die Reposition gelang erst in tiefer Chloroformnarkose und Knieellenbogenlage. Das Wochenbett verlief ungestört.

Der Fall liefert jedenfalls den Beweis, dass eine spontane Uterusinversion vorkommen kann, was von einigen Autoren bezweifelt wird und von grosser forensischer Bedeutung sein kann. Vorbedingung ist nur grosse Schlaffheit und Weichheit der Uterusmusculatur.

V. beschreibt ferner zwei Fälle chronischer Inversion, die schon früher in Dissertationen veröffentlicht sind, und stellt dann 100 Fälle von Inversion aus der Literatur zusammen. Darunter war die Ursache in 47 Proc. Eingriffe von aussen, nur 9 Proc. waren sicher spontan entstanden. Jedenfalls sind spontane Inversionen, wenn sie auch zweifellos vorkommen, recht selten. Die anderen Schlussfolgerungen aus der Zusammenstellung bieten nichts Neues. Zum Schluss streift V. die in forensischer Beziehung für die Inversio uteri in Betracht kommenden Paragraphen des deutschen Strafgesetzbuches (§ 222 u. 230) und der Gewerbeordnung (§ 53, Abs. 2) und zeigt, wie besonders die Hebammen dabei in eine schlimme Lage gerathen können.

4) Robert Meyer-Berlin: **Ueber Drüsen, Cysten und Adenome im Myometrium bei Erwachsenen.**

Anfang einer grösseren Arbeit, die auf der systematischen Untersuchung von 54 Uteri basirt und in mehreren Theilen erscheinen soll. Wir behalten uns vor, nach Erscheinen der ganzen Arbeit auf dieselbe zurückzukommen.

5) Hugo Gloeckner: **Beiträge zur Lehre vom engen Becken.** II. Theil: **Die Kindeslagen beim engen Becken.**

Eine Fortsetzung der werthvollen statistischen Arbeit von G. aus dem 41 Bd. der Zeitschr. f. Geburtshilfe (cf. diese Wochenschr. 1899, No. 34, S. 1124). Zu kurzem Referate natürlich nicht geeignet, aber für Jeden, der das enge Becken bearbeiten will, von grossem Werthe. Jaffé-Hamburg.

Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. Bd. XI., Heft 5 (Mai).

1) S. Vogel-Würzburg: **Angeborene, glücklich operirte Meningocele und secundäre Hydrocephalie.**

Am 7. Tage nach der Geburt wurde die vom Hinterhaupte ausgehende, orangegrosse, gestielte Meningocele abgetragen. Das Kind überstand den Eingriff gut, allein bald entwickelte sich

Hydrocephalus, der in der Folge sehr rasch zunahm und dem das Kind in der neunten Woche erlag. Da bisher noch kein Fall berichtet ist, in dem das Kind sich nach der Operation einer Meningocele körperlich und geistig gut entwickelt hätte, auf der anderen Seite aber immerhin einige, wenn auch seltene Fälle beobachtet sind, in denen eine bestehende Meningocele keinen nennenswerth schädigenden Einfluss auf die Entwicklung ausübte, so dürfte es für die Folge wohl gerathen sein, die Operation der Meningocele zu unterlassen.

2) L. Kriwsky-St. Petersburg: **Ein Fall von Bauch-Blasen-Schambeinspalte mit Verdrehung der unteren Extremitäten.**

Beschreibung der todtgeborenen Missgeburt.

3) Krebs-Breslau: **Beitrag zur Histologie und zum klinischen Verlaufe der Chorioepitheliome.**

Bei einer 23 jährigen Erstgebärenden wurde ein Placentarpolyp nach Erweiterung der Cervix entfernt, nachdem 2 Monate lang Blutungen bestanden hatten. Das entfernte Stück sah durchaus unverdächtig aus und bei der mikroskopischen Untersuchung konnten reichliche Chorionzotten in Fibringerinnseln und Decidua-zellen nachgewiesen werden. Da sich die Schleimhaut des Uterus später noch sehr verdickt mit der Sonde anfühlte, wurde noch eine Auskratzung des Uterus ausgeführt. 2 Monate später wurde nach den Angaben der Kranken und dem Befunde Schwangerschaft von 2 Monaten angenommen. Bemerkenswerth ist nun, dass in den nächsten 2 Monaten keine Blutung auftrat, aber auch keine wesentliche Vergrösserung des Uterus festgestellt werden konnte. Es wurde desshalb Verhaltung des abgestorbenen Eies angenommen, zumal da sich etwas bräunlicher Ausfluss einstellte. Als jedoch stärkere Blutungen und Schüttelfröste auftraten, wurde in der Meinung, es handle sich um septischen Abort, der Uterus mit dem Finger ausgeräumt, kurz darauf trat der Tod an Sepsis acutissima ein, nachdem die Diagnose auf Chorioepitheliom gestellt worden war. Bemerkenswerth in diesem Verlaufe ist vor Allem trotz weit vorgeschrittener Neubildung das Fehlen aller Blutungen bis kurz vor dem durch Sepsis bedingten tödtlichen Ausgange. Im anatomischen Verhalten ist bemerkenswerth, dass die Neubildung lediglich aus gewucherten syncytialen Massen bestand.

4) A. Pinkus-Berlin: **Beitrag zu Professor Sneguireff's „Endometritis dolorosa“.**

Verf., der in einer früheren Arbeit schon ähnliche wie die von Sneguireff beschriebenen Fälle von Endometritis dolorosa erwähnt hatte, beschreibt nun an der Hand von 4 weiteren Fällen das Krankheitsbild. Nach seinen Erfahrungen handelt es sich meist um jüngere Kranken, Frauen und Mädchen. Er glaubt, dass psychische Schädlichkeiten (z. B. plötzlicher Tod des Mannes, des Bräutigames) von Einfluss auf die Entstehung des Leidens sind. Die von Sneguireff gefundenen Schmerzpunkte am Leibe hat Pinkus nicht bestätigt gefunden, doch mag dies daran liegen, dass er auf diesen Umstand vor Sneguireff's Mittheilung nicht geachtet hat.

Charakteristisch für die Erkrankung ist die ausgesprochene Schmerzhaftigkeit des Endometrium bei Berührung mit der Sonde. Meist lösen nur bestimmte Stellen (Fundus uteri und Tubenecken) die Schmerzanfälle aus. Auskratzung des Uterus brachte Heilung. Meist fand sich in der entfernteren Schleimhaut eine glanduläre Hyperplasie.

5) A. Rieck-Greifswald: **Die Versorgung des Nabels der Neugeborenen.**

Das in der Greifswalder Klinik (Prof. A. Martin) geübte Verfahren ist folgendes: „Nachdem das Kind in gewöhnlicher Weise abgenabelt, gebadet und gereinigt ist, legt man dicht am Nabelring einen Seidenfaden um die Nabelschnur und knotet ihn mit einem chirurgischen Knoten. Dann umgibt man, zum Schutze gegen Versengen, den Nabel mit feuchter Watte oder feuchten Tupfern und brennt nun, indem die linke Hand den 6—7 cm langen Nabelschnurrest senkrecht zur Bauchfläche anspannt, mit der rechten Hand die Nabelschnur 1—1½ cm über der Ligatur durch mittels der inzwischen im Herdfeuer oder über starker Gasflamme rothglühend gemachten Brennscheere (mit Holzgriffen). Geht das, wie gewöhnlich bei stark glühender Scheere, sehr rasch, so ist es gut, noch einmal die Durchschnittsfläche zu verschorfen, da der Brandschorf sonst zu dünn ist.“

Die Vortheile dieses an 52 Fällen erprobten Verfahrens bestehen nach dem Berichte des Verf. darin, dass der kurze Nabelschnurrest viel früher als sonst abfällt, dass die Nabelwunde rascher verheilt, dass Jauchung und Eiterung der Nabelwunde vermieden wird. Wenn das Verfahren auch selbst etwas umständlicher ist, als das für gewöhnlich geübte, so ist dafür die Nachbehandlung (einfache Bedeckung nach dem Bade mit steriler Watte) des kurzen, rasch vertrocknenden Nabelschnurrestes um so einfacher. Auffallend war es, dass bei den so behandelten Kindern Ikterus viel seltener auftrat. A. Gessner-Erlangen.

Centralblatt für Gynäkologie. 1900. No. 23.

1) W. Stoeckel-Bonn: **Bemerkungen zu dem Aufsatze von O. Frankl in der vorigen Nummer.**

Auch in der Bonner Frauenklinik ist die von Bruns empfohlene Airolpaste zur Bedeckung von Laparotomiewunden versucht worden, wurde aber wegen Auftreten von Stomatitis während des Gebrauches wieder aufgegeben. An ihre Stelle ist das Kaolin (Porzellanerde) getreten, das sterilisirt auf die genähte Wunde gepulvert wird. Bisher sind die mit dem Kaolin gemachten Erfahrungen sehr günstig. Bei plastischen Operationen am Damme und in der Vagina eignet es sich nicht. Zur Entfernung der Schamhaare vor einer Laparotomie empfiehlt St. statt des Rasirmessers ein Berliner Enthaarungsmittel zu gebrauchen, das aber so viele Uebelstände (Schwefelwasserstoffgestank, Schwarzfärbung der Hände, hoher Preis etc.) aufweist, dass St.'s Empfehlung kaum Nachahmung finden dürfte.

2) Steinschneider-Franzensbad: **Ueber ein einfaches, selbsthaltendes Speculum.**

Dieses dem Blackeley'schen Badespeculum nachgebildete Speculum, vom Verfasser „Regenschirmspeculum“ getauft, besteht aus vernickeltem Draht und macht ausser der Portio fast die ganze Vaginalwand zugänglich. Zu haben bei Hermann Härtel in Breslau. Jaffé-Hamburg.

Virchow's Archiv. Bd. 157. Heft I.

1) A. Albu und M. Koch: **Klinisches und Anatomisches zur Lehre vom Magensaftfluss.**

In einem Falle von schwerer cerebraler Neurasthenie (chron. Blausäurevergiftung bei einem Druckereifactor) bestand Gastrektasie, Hyperacidität, intermittirender Magensaftfluss (zumeist in 2 tägigem Intervall). Mikroskopisch: Interstitielle atrophirende Gastritis zugleich mit proliferirender Gastroadenitis. Als primär betrachten die Verfasser die functionelle Neurose des Magens. Der intermittirende Magensaftfluss ist vom continuirlichen („chronischen“) nicht streng zu scheiden, stellt vielmehr wahrscheinlich nur eine Vorstufe oder zeitweise Erscheinungsform des letzteren dar. Jene Fälle, in welchen bei intermittirendem Magensaftfluss in den Zwischenzeiten völlige Gesundheit besteht, betrachtet Albu als Crises gastriques, welche als Frühsymptome von Tabes bedeutsam sein können. Vom essentiellen Magensaftflusse stricte zu scheiden ist die überschüssige Magensaftsecretion als Folge atonischer und ektatischer Zustände des Magens (z. B. bei Pylorusstenose).

2) A. Pappenheim: **Vergleichende Untersuchungen über die elementare Zuammensetzung des rothen Knochenmarkes einiger Säugethiere.**

Zu kurzem Referate nicht geeignet. Aus den Schlusssätzen: In jedem normalen Knochenmark finden sich Megaloblasten präformirt. Im embryonalen Mark ist eine Entstehung von eosinophilen Zellen aus Lymphocyten mit Sicherheit zu verfolgen (Uebergangsbilder), ein Uebergang basophiler Lymphocyten zu Erythrocyten wahrscheinlich zu machen. Die primitivste Art farbloser Zellen wird durch die granulationslosen basophilen Lymphocyten repräsentirt.

3) E. Saalfeld: **Ein Beitrag zur Lehre von der Alopecia praematura.**

Nachprüfung der Lassar'schen Uebertragungsversuche mittels Haaren Alopecischer (auf Kaninchen, Meerschweinchen, Mäuse) mit bacteriologischer Untersuchung. Die Versuche (theils directe Verreibung der Haare in Salbe, theils Einreibung von Bouillonculturen der Haare) ergaben keinen stärkeren Haarausfall, als er durch Einreibung ranzigen Oels, indifferenten Fetts, ja durch einfache Hautreizung mittels Borstenpinsels erzeugt werden konnte. Die Isolirung der aus den Haaren von 6 Alopecischen gezüchteten Mikroben ergab 5 mal das Vorhandensein kleiner Stäbchen mit abgerundeten Ecken, 3 mal kleiner Coccen, 2 mal dicker Stäbchen mit abgerundeten Ecken, 1 mal kleinster breiter Stäbchen. Ueber die Cultureigenschaften derselben s. Orig.

4) J. Mies (†): **Ueber die Masse, den Rauminhalt und die Dichte des Menschen.**

Siehe diese Wochenschrift, 45. Jahrgang, 1898, S. 1420.

5) H. Ribbert: **Ueber Umbildungen an Zellen und Geweben.**

„Es kann eine Zelle nur etwas erzeugen, was ihrer Organisation entspricht. Daher wird sie sehr wohl eine in ihr vorhandene Eigenschaft verstärken, und so intensiver hervortreten lassen können, während andere Qualitäten in den Hintergrund gerathen, aber daraus wird doch immer nur eine einseitige, vielleicht auffallende Beschaffenheit resultiren, aber ein neuer biologischer Charakter wird damit nicht gegeben sein.“ Von solchen Umbildungen bespricht R. diejenigen bei der Regeneration, insbesondere die bei derselben eintretenden Vorgänge der Rückbildung zu einfacheren bezw. den embryonalen ähnlichen Formen; weiter die Rückbildungsvorgänge bei der Entzündung (genauere Schilderung eines Falles von chronischer interstitieller Entzündung der Parotis mit „Rückbildung“ des Epithels zu zwei- und mehrschichtigem Plattenepithel, von Muskelzellen in einer Herzschwiele zu röhrenförmigen, den embryonalen ähnlichen Gebilden, von atrophischer Skeletmusculatur zu embryonalen (? Ref.) Formen). Für die in transplantirten Gewebsstücken auftretenden Formen rückgebildeter Zellen kommt neben directer Rückbildung (z. B. der secernirenden Elemente) auch der Ersatz derselben durch einfacher gebautes Zellmaterial (z. B. die Zellen der Ausführgänge) in Betracht. Der erstere Vorgang ist als Entdifferenzirung, nicht als Atrophie (Lubarsch) zu betrachten.

Die Bedeutung der interstitiellen Veränderungen für die Umwandlung der specifischen Elemente tritt besonders hervor bei der Heilung und bei den Geschwulstbildungen. Das entzündlich veränderte, nicht mehr zur Norm zurückkehrende Bindegewebe verhindert, auch bei ausgiebiger Regeneration des Epithels, nach der Heilung dessen Uebergang in den vollkommen functionsfähigen Zustand. Eine echte Metaplasie — d. h. Uebergang einer Zellform in eine andere nicht nur dem äusseren Aussehen, sondern dem Wesen nach — ist sicher möglich für Zellformen, welche (wie die Cylinderepithelien der Nasenschleimhaut,

„Abkömmlinge der Epidermis“) sich in der Richtung auf eine einfachere Form rückbilden und von da in anderer Richtung (hier Plattenepithel) entsprechend ihren „latenten Qualitäten“ sich wieder progressiv differenziren können. Ob eine directe Umwandlung ineinander von Zellarten möglich ist, die sich entwicklungsgeschichtlich nicht nahe stehen, ist sehr zweifelhaft. — Die Thesen Ribbert's über die Entstehung von Geschwulstbildungen sind bekannt. R. betont auch hier wieder insbesondere, dass „alle Tumoren, auch das Carcinom, aus einer primären Trennung von Zellen aus dem normalen Verbande hervorgehen. Die losgelösten Elemente erfahren dann die Rückbildung, die unter den durchgreifend geänderten Existenzbedingungen nothwendig eintreten muss“. Mit der ersten Entstehung der Tumoren hat also die Rückbildung nichts zu thun. Jedoch ist es möglich, „dass vielleicht die Theilungsvorgänge in einfacher gebauten Zellen leichter vor sich gehen, und dass desshalb die secundär zu Stande gekommene Rückbildung an der Schnelligkeit des Geschwulstwachsthums einigen Antheil haben könnte“.

6) E. Storch: **Ueber die pathologisch-anatomischen Vorgänge am Stützgerüst des Centralnervensystems.** (1. Hälfte.)

Die Verwerthung der Weigert'schen Gliafärbungsmethode gab dem Verfasser Gelegenheit, eine grosse Anzahl principiell wichtiger Punkte über das Verhalten derselben in pathologischen Zuständen des Hirnes und Rückenmarks festzustellen; hier können nur ein paar Ergebnisse kurz angedeutet werden. An jede im Centralnervensystem allmählich sich entwickelnde Degeneration von Nerven schliesst sich eine „isomorphe Sklerose“ — ein Ersatz der verlorenen Nervenelemente durch entsprechend angeordnete, den früheren Bau noch erkennen lassende Gliafasern. Die an rapiden Untergang von Nervensubstanz sich anschliessende „regeneratorische Sklerose“ tendirt zur Ausbildung von Wänden (um die Erweichungsherde), welche alle Charaktere der normalen Rückenmarksoberfläche zeigen. Bezüglich der Höhlenbildungen im Rückenmark ergibt auch die Untersuchung der Glia, dass dieselben trotz der Einheitlichkeit der klinischen Bilder sehr verschiedenen pathologisch-anatomischen Processen entsprechen können — Erweiterungen des Can. centr., Röhrenblutungen, Lymphstauungen, centraler Zerfall langgestreckter hinter dem Centralcanal gelegener Gliome (bei Syringomyelie).

7) R. Morpurgo: **Die Vita propria der Zellen des Periosts.**

Bestätigung und Erweiterung der Mittheilung Grohé's (Virch. Arch. Bd. 155) über die Frage. Das bei 3—6° C. ausserhalb des Körpers gehaltene Periost des Huhnes kann, transplantirt, noch nach ca. 192 Stunden Knochen bilden. Bei 40—41° C. aseptisch und feucht gehalten, kann dasselbe bis 100 Stunden lebensfähig bleiben. Das Periost eines bei 15° aufbewahrten getödteten Thieres kann z. Th. bis nach 168 Stunden noch Knorpel- und Knochengewebe produciren.

8) **Kleinere Mittheilungen.**

1) D. Silberstein: **Ein Fall von Metastasenbildung in einem Thrombus der Vena cava inferior bei primärem Adenocarcinoma myxomatodes des Hodens.**

2) Chr. Thorel: **Einige Bemerkungen zu Ribbert's: „Beiträge zur Kenntniss der Niereninfarcte“.**

3) B. Koslowsky: **Abnorme Bauchfellfalten und ein Fall von Hernia interna retrovesicalis incarcerata.**

4) J. Wolff: **Entgegnung auf F. Bähr's Bemerkungen im zweiten Heft des vorigen Bandes.**

Eugen Albrecht-München.

Archiv für Hygiene. 37. Band, 2. u. 3. Heft. (Doppelheft.)

1) A. Sata: **Experimentelle Beiträge zur Aetiologie und pathologischen Anatomie der Pest. I.**

Neben der Feststellung der morphologischen und biologischen Eigenschaften von 4 Pestculturen verschiedener Provenienz untersuchte Verf. experimentell eine virulente dieser Culturen an der Ratte und kam auf Grund seiner histologischen und pathologischen Ergebnisse zu der Ansicht, dass die experimentelle Pest kein einfaches Bild zeigt, sondern verschiedene Formen zu Tage treten lässt. So kann man einmal die Pest als locale Erkrankung mit allgemeiner Intoxication und gelegentlicher Verschleppung des Mikroorganismus in den Kreislauf betrachten, ähnlich wie bei Typhus und zweitens kann man die Pest auch als eine Bacteriaemie mit Metastasenbildung, wie bei Milzbrand, ansehen. Diese Anschauungen decken sich zum Theil mit den von Kitasato, Albrecht und Ghon und der der deutschen Pestcommission.

2) Alfred Petterssen-Upsala: **Experimentelle Untersuchungen über das Conserviren von Fisch und Fleisch mit Salzen.**

Die interessanten Untersuchungen umfassen: Die Bedeutung des Wassergehaltes der Rohmaterialien für die Zersetzung durch Mikroorganismen; Versuche mit Kochsalz, Salpeter, Borax und Borsäure und Einiges über Fischconserven.

Es geht daraus hervor, dass das Kochsalz eine allgemeine Verlangsamung der Vermehrung der Organismen, Hemmung der kräftiger Eiweiss zersetzenden und der chemischen Leistungen hervorzubringen im Stande ist. Um aber eine ausgiebige Wachsthumseindämmung zu erzielen, muss der Salzgehalt auf 12—15—20 Proc. steigen.

Salpeter wie auch Borax werden als geeignete Conservirungsmittel gepriesen, während Borsäure als hemmendes Mittel beim Hefenwachsthum im Stich lässt.

Den specifischen Geschmack einiger Fischconserven glaubt Verf. auf die Thätigkeit von Bacterien beziehen zu können, welche bei einem geringen, den Fischconserven eigenen, Kochsalzgehalt weiter gedeihen können.

3) Georg Mayer-Würzburg: **Zum Verhalten von Gasflammen im abgeschlossenen Raum.**

Verfasser zeigt an der Hand zahlreicher Experimente, auf die an dieser Stelle nicht näher eingegangen werden kann, in welcher Weise Temperatur und Feuchtigkeit der Luft auf leuchtende Gasflammen einwirken. Er stellte seine Versuche in einem grossen Glasballon an, den er mit den nothwendigen Apparaten versah und gelangte zu dem Resultat, dass eine leuchtende Flamme im abgeschlossenen Raume um so intensiver brennt, je trockener die Luft und je höher die Temperatur ist. Doch braucht sie dabei mehr Sauerstoff. Mit weniger Sauerstoff kommt sie aus bei feuchter Luft und niedriger Temperatur. Doch ist alsdann die Verbrennungsintensität eine geringere.

4) Gino de Rossi-Pisa: **Ueber eine neue Methode zur Bestimmung der Mauerfeuchtigkeit.**

Markl bestimmt die Mauerfeuchtigkeit dadurch, dass er das überschüssige Wasser durch Alkohol entzieht und mittels araeometrischer Messungen den Wassergehalt des Alkohols festlegt. Den Nachtheil dieser Methode, dass der Alkohol beim Abfiltriren aus dem Mörtel bereits Wasser aus der Luft aufnimmt, und dass mittels des Araeometers geringe densimetrische Schwankungen nicht mit Sicherheit bestimmt werden können, sucht Verf. dadurch zu beseitigen, dass er an Stelle des Alkoholometers zwei kleine Schwimmer von verschiedenem spec. Gewicht benutzt und den Alkohol in einem geschlossenen Apparat filtrirt.

R. O. Neumann-Kiel.

Berliner klinische Wochenschrift. 1900. No. 24.

1) J. Veit: **Entzündungen und Lageveränderungen des Uterus.**

Säculalartikel. V. bespricht die Geschichte der Lageveränderungen des Uterus und die modernen Operationsmethoden derselben; ferner die Fortschritte in der Erkenntniss der verschiedenen Entzündungsformen des Uterus und seiner Umgebung, bei deren Behandlung immer mehr operative Methoden Platz greifen. Hinsichtlich der Prophylaxe weist Verfasser auf eine vernünftige Erziehung der weiblichen Jugend hin, sowie die möglichste Verhütung gonorrhoischer Infection.

2) E. Grawitz-Charlottenburg: **Epidemiologischer Beitrag zur Frage der Malariainfection.**

Als Grundlage dieses Beitrags dienten dem Verfasser die Beobachtungen von Malaria in der preussischen Armee. Die statistische Verarbeitung dieses Materials zeigt, dass die grösste Häufigkeit der Erkrankungen nicht in den Sommer, sondern schon in den Beginn des Frühjahrs fällt, wo gerade die Möglichkeit einer Uebertragung durch stechende Insecten am wenigsten in Frage kommt. Es scheint also dieser Infectionsmodus nicht der einzige und speciell auch das Wasser nicht überall Träger der Malariainfectionskeime zu sein.

3) Fr. Mendel-Berlin: **Die Starausziehung bei Einäugigen.**

M. berichtet über die Erfolge bei 9 derartigen Fällen (aus der Klinik von Hirschberg). Der sonst häufig schlechte Ausfall der Starextraction am 2. Auge rührt besonders auch von der schädlichen Beschaffenheit der Umgebung des Augapfels her. M. empfiehlt 1. eine gründliche Vorbehandlung der Nase; 2. Zubrennen der Thränenpunkte mittels glühenden Drahtes; 3 eventuell Exstirpation des Thränensackes; 4. Theilung der Operation in 2 Acte (präparatorische Iridektomie und späteren Lappenschnitt mit Entfernung der Linse).

4) G. Gutmann-Berlin: **Zur Nachbehandlung bei Operationen am Augapfel mit Krankenvorstellung.**

Ref. pag. 671 der Münch. med. Wochenschr.

5) Rumpf-Hamburg: **Ueber den Typhus abdominalis.**

Verfasser gibt in diesem „Säculalartikel“ eine kurze Uebersicht über die derzeitigen wichtigsten bacteriologischen und klinischen Kenntnisse betreffs des Typhus abdominalis.

6) A. Hesse-Berlin: **Begriff und Wort „Magenerweiterung“ in der deutschen Literatur seit 1875.**

Historisch-kritische Studie, zu kurzem Auszuge nicht geeignet.

Dr. Grassmann-München.

Deutsche medicinische Wochenschrift. 1900. No. 23.

1) E. v. Leyden: **Ein Fall von Aneurysma der Aorta abdominalis.** (Aus der I. medicinischen Universitätsklinik in Berlin.)

Vortrag, gehalten in der Sitzung des Vereins für innere Medicin in Berlin am 30. April 1900. Referat siehe diese Wochenschrift No. 19, pag. 672.

2) M. A. Lunz: **Zwei Fälle von corticaler Epilepsie mit operativer Behandlung.** (Aus der Nervenabtheilung des I. Moskauer Stadtkrankenhauses.)

In dem einen der Fälle liess sich während viermonatlicher Beobachtung nach der Operation eine deutliche Besserung constatiren. Aetiologisch sind beide Fälle auf eine locale Tuberculose der Hirnrinde zurückzuführen.

3) Lippmann-Berlin: **Ueber Rückfälle.**

Vortrag, gehalten im Verein für innere Medicin am 15. Jan. 1900. Referat siehe diese Wochenschr. No. 4, pag. 137.

4) H. Steudel: **Ueber Oxydationsfermente.** (Aus dem physiologischen Institut der Universität Marburg.)

Sammelreferat über die Entwicklung und den jetzigen Stand unserer Kenntnisse über die Oxydationsfermente, unter specieller Berücksichtigung der von den Pflanzen erzeugten Oxydasen und der an die grundlegenden Forschungen von Bertrand anschliessenden Arbeiten meist französischer Forscher.

5) C. D. Spirak-Denver U. S. A.: **Selbstaufblähung des Magens.**

Die von Spirak angegebene Methode ist eine Modification des in No. 40 der Deutsch. med. Wochenschr. 1899 von Fürbringer empfohlenen Verfahrens, wobei die mit Recht als unhygienisch und unästhetisch bezeichnete Art der Lufteinblasung durch den Arzt vermieden und auf eine ganz einfache Weise die Aufblähung des Magens durch die Exspirationsluft des Patienten selbst erfolgt. (Compression des oberen Endes des Magenschlauches und innerhalb der Mundhöhle angebrachte seitliche Oeffnung desselben, tiefe Exspiration bei geschlossenem Mund.)

5) W. Richter-Cottbus: **Ein Fall von Schwarzwasserfieber nach Euchinin.**

Bestätigung der diesbezüglichen Beobachtung von A. Plehn unter Anerkennung der sonstigen Vorzüge des Euchinins vor dem Chinin. F. Lacher-München.

Oesterreichische Literatur.

Wiener klinische Wochenschrift. 1900. No. 23.

1) Drasche-Wien: **Zur Erkenntniss der Embolie in der Pulmonalarterie.**

In dem von D. näher geschilderten Fall, eine 68 jährige Patientin betreffend, zeigte sich plötzlich ein Erstickungsanfall mit Röcheln, Cyanose, Convulsionen, Bewusstlosigkeit; über dem Herzen erschien neben dem Sternum (2. und 3. Int.-R.) ein sehr lautes, rauhes Schwirren, das plötzlich wieder verschwand. 2 Stunden später hatte sich Pat. ziemlich erholt; nach 15 Stunden Erneuerung des Anfalles mit tödtlichem Ausgang. Section: Im Stamme der Art. pulm. ein grosser, sich theilender Thrombus; ähnliche in mehreren peripheren grossen Venen. Für die Diagnose in vivo ist das Herzgeräusch das wichtigste Zeichen.

2) J. Preindlsberger-Sarajevo: **Zur operativen Dislocation des Kropfes nach Wölfler.**

Dieselbe besteht darin, dass man den Kropf aus seinem Lager, wo er Störungen bewirkt, heraushebt und ihn unter der Haut und dem Kopfnicker an einer höher gelegenen Stelle fixirt. Diese Operation nahm P. an einem 15 jährigen Mädchen vor, unter Schleichanaesthesie. Der Mittellappen wurde exstirpirt. Die Dislocation war wegen Druckes auf die linke Seite der Trachea erforderlich. Durch Unterbindung der Art. thyreoid. sup. des dislocirten Strumalappens erreichte Verfasser eine allmähliche Schrumpfung desselben.

3) H. Hock-Villach: **Ein Fall von Extrauteringravidität geheilt durch Laparotomie.**

Das Besondere dieses Falles (eine 31 jährige Kranke betr.) bestand darin, dass die Frucht bei der Operation ein Alter von $11\frac{1}{2}$ Monaten erreicht hatte. Der durch Laparotomie entfernte Tumor wog 4460 g. Einige Tage nach der Operation traten Erscheinungen von Ileus auf, das Kothbrechen dauerte 3 Wochen, sistirte aber schliesslich spontan; Ausgang in Heilung.

4) A. Schüller-Wien: **Hedonal, ein Hypnoticum der Urethangruppe.**

An 21 Personen versuchte Verfasser das Mittel 70 mal, meist in einer Dosis von 1,5 g etwa $1\frac{1}{2}$ Stunden nach der Abendmahlzeit gereicht (in spirituöser Lösung). Es zeigte sich wirksam bei Fällen leichterer Agrypnie; überall da, wo der Gebrauch von Chloralhydrat oder Paraldehyd contraindicirt erscheint, kann Hedonal, alternirend mit Trional selbst längere Zeit angewendet werden. Bei seniler Schlaflosigkeit war das Mittel nicht verlässig, auch nicht bei agitirten Geisteskranken.

Dr. Grassmann-München.

Wiener medicinische Wochenschrift.

No. 22. O. Binder-Suczawa: **Ueber Ichthalbin.**

In der Gynäkologie entspricht Anwendung und Wirkung des Ichthalbins der des Ichthyols, vor dem es sich durch Geruchlosigkeit und Reinlichkeit der Application auszeichnet. Gute Dienste leistet es bei veralteten Nasenkatarrhen. Granulirende Wunden, speciell auch Unterschenkelgeschwüre, werden günstig beeinflusst. Innerlich findet es Verwendung bei chronischen Magen- und Darmkatarrhen; die Schwere und Dauer des Typhus abdominalis hat Verfasser unter alleiniger Darreichung von Ichthalbin und Lactophenin sich wesentlich mindern gesehen.

Wiener medicinische Presse.

No. 22. J. W. Frieser-Wien: **Erfahrungen über den therapeutischen Werth des mandelsauren Antipyrin (Tussol).**

Nach seinen Erfahrungen an 68 Fällen bezeichnet F. das Tussol als das beste ihm bekannte Keuchhustenmittel, durch das sowohl die Heftigkeit und die Zahl der Paroxysmen, wie überhaupt die Gesammtdauer der Krankheit herabgesetzt wird, das auch in der Behandlung der pulmonalen Complication sich recht gut bewährt hat.

No. 24. S. Klein-Wien: **Ueber aphakischen Gesichtsschwindel.**

Eine 60 jährige diabetische Frau vermochte sich nach einer Staroperation nicht an den Gebrauch des Convexglases für die Ferne zu gewöhnen, da sie bei jedem Versuch von heftigem Schwindel ergriffen wurde, der das Aufrechtstehen und Gehen vereitelte. Verfasser führt dieses abnorme Verhalten darauf zurück, dass durch die am Rande des Brillenglases durchtretenden Lichtstrahlen verwirrende Bilder erzeugt wurden, welche die Kranke nicht, wie andere, auszuschalten lernte. Das Mattschleifen des Glasrandes brachte keine definitive Abhilfe. Die Bezeichnung „aphakischer Schwindel“ erscheint dem Autor selbst nicht ganz prägnant genug.

Wiener klinische Rundschau.

No. 21 und 22. F. Siebert-München: **Zur Lehre vom Instinct.**

Zu kurzem Referat nicht geeignet.

No. 23. M. Paunz-Ofen-Pest: **Ein fixirbarer Zungenspatel zur Erleichterung der Rhinoskopia posterior.**

Der aus Spangen gearbeitete, anscheinend nicht zu complicirte Apparat, dessen nähere Beschreibung ohne die erläuternden Abbildungen hier nicht angeht, soll den Mund geöffnet halten, die Zunge mittels eines spatelartigen Fortsatzes niederdrücken und ausserdem lässt sich an demselben ein biegsamer Haken anbringen, welcher das Gaumensegel nach vorn festhält.

Prager medicinische Wochenschrift.

No. 22. A. Epstein: **Ueber Angina chronica leptothricia bei Kindern.**

Diese Erkrankungsform gilt als eine im Kindesalter nur ausnahmsweise vorkommende. E. gibt die Krankengeschichten von 5 Fällen. Er betont den chronischen, im Allgemeinen reizlosen, doch bisweilen von erheblichen localen Beschwerden und und leichten Fiebererscheinungen unterbrochenen Verlauf und die Hartnäckigkeit gegen die Therapie. Gurgelungen mit Haller Jodwasser bewährten sich noch am besten.

Bergeat-München.

Amerikanische Literatur.

(Fortsetzung.)

16) Thomas J. Yarrow-Philadelphia: **Traumatische parenchymatöse Nephritis.** (New-York Medical Journal, 6. Januar 1900.)

Autor berichtet über einen Fall von acuter Nephritis bei einem Kinde im Anschluss an ein Trauma der Nierengegend, mit Ausgang in Heilung nach vierwöchentlichem, durch intercurrirende Influenza complicirten Verlauf. Das Interessante an dem Falle ist das Auftreten von Haematoidinurie, welche so lange andauerte, als der durch das Trauma gesetzte Bluterguss zur Resorption brauchte.

17) E. H. Bradford-Boston: **Ueber das Marschiren.** (Ibid., 27. Januar 1900.)

Interessante, mit zahlreichen Abbildungen versehene Studie über die verschiedenen Gangarten mit gestrecktem und im Knie gebeugten Bein, sowie das militärische Marschiren. Autor kommt zu dem Schlusse, dass der bei den Naturvölkern übliche Gang mit gebeugtem Knie weniger Muskelarbeit erfordert, und desshalb namentlich für längere Märsche vorzuziehen ist.

18) Phil. Hoffmann-St. Louis: **Zur Behandlung der acuten serösen Synovitis.** (Ibid.)

Die von H. empfohlene und seit Jahren an über 150 Fällen erprobte Methode besteht im Princip darin, die durch die Schwellung des Gelenks bedingte Deformation durch Wattepolsterung auszugleichen und dann über das ganze Gelenk, einschliesslich der nach oben und unten gelegenen Partien, einen gleichmässig comprimirenden Verband mittels Heftpflasterstreifen anzulegen. Die Vortheile der Methode, welche sich insbesondere bei dem am meisten von dieser Affection betroffenen Kniegelenke manifestiren, bestehen in der beinahe momentan eintretenden Beseitigung der Schmerzen, dem leichten Gewicht des Verbandes und der erhaltenen Gebrauchsfähigkeit des Gliedes.

19) G. D. Hamlin-Brooklyn: **Schulhygiene** und

20) Henry G. MacAdam-New-York: **Die Vortheile einer ärztlichen Schulinspection.** (Ibid., 3. und 10. Februar 1900.)

Hamlin sieht einen Hauptvortheil der ärztlichen Controle der Schulen in der Förderung der Erkenntniss der Aetiologie und Diagnose der Kinderkrankheiten und einer auf Grund der gemachten Beobachtungen und Erfahrung anzustrebenden Reform des Schulwesens, welche eine gleichmässige Ausbildung des Geistes und des Körpers zum Ziele hat.

MacAdam gibt zunächst einen historischen Ueberblick über die Entwicklung der Schulhygiene und berichtet über die Thätigkeit der Schulärzte in New-York. Im Jahre 1898 wurden daselbst 7606 Kinder wegen Ansteckungsgefahr vom Unterricht ausgeschlossen. Nach seinen Erfahrungen wird durch dieses System ein Schliessen der Schulen wegen Epidemien vollständig vermieden.

21) Thomas B. Futcher-Baltimore: **Die Behandlung des Aneurysmas mit subcutanen Gelatineinjectionen.** (Journal of the American Medical Association, 27. Januar 1900.)

F. wandte die von Lancereaux angegebene Methode der subcutanen Gelatineinjectionen bei 9 Fällen von Aneurysma an. Wenn auch in keinem Falle eine Heilung eintrat, so muss doch zugegeben werden, dass der Gelatineeinspritzung eine Steigerung der Coagulationsfähigkeit des Blutes folgt, in 7 von den 9 behandelten Fällen zeigte sich eine deutliche subjective Besserung der von dem Aneurysma ausgehenden Beschwerden, in einem Falle von Aneurysma der Bauchaorta auch eine objectiv nachweisbare Verkleinerung. Dagegen erwiesen sich die Einspritzungen ent-

gegen den Lancereaux'schen Angaben meist als ziemlich schmerzhaft und hatten auch, trotz Anwendung aller antiseptischen Cautelen, wiederholt Temperatursteigerungen zur Folge; Eiterung trat in keinem Falle auf. Das Verfahren verdient demnach eine weitere Prüfung.

22) John A. Robinson-Chicago: **Die Uebertragung der Tuberculose vom Rind auf den Menschen.** (Ibid.)

Autor constatirt in dieser Abhandlung, dass ein positiver Nachweis der Uebertragung der Tuberculose des Rindes auf den Menschen durch Contagium oder Genuss inficirten Fleisches noch nicht geliefert ist. Uebertragung durch inficirte Milch ist wahrscheinlich, aber auch noch nicht erwiesen. Es bedarf demnach diese Frage noch einer eingehenden Untersuchung, und warnt R. vor eingreifenden socialhygienischen Vorschriften in dieser Hinsicht, ehe für dieselben eine genügende wissenschaftliche Begründung vorliegt.

23) W. K. Rogers-Ohio: **Ein Fall von Echinococcus der Nase.** (Ibid., 3. Februar 1900.)

In der Literatur existirt bisher nur ein ähnlicher Fall.

24) Albert Woldert-Philadelphia: **Beitrag zur Mosquitotheorie der Malaria.** (Ibid., 3. und 10. Februar 1900.)

Eingehende Studie über die Bacteriologie der Malaria und die für die Uebertragung der Infection in Betracht kommenden Mosquitoarten. Auf die Details der Arbeit kann hier nicht näher eingegangen werden.

25) Parker Syms, John F. Erdmann, Henry Roth, Irving S. Haynes und W. B. Coley-New-York: **Diagnose und Therapie der Hernia incarcerata.** (Ibid., 10. Februar 1900.)

Discussion dieses Themas in der New-York-County Medical Association, deren Hauptresultate sich dahin zusammenfassen lassen, dass die Repositionsversuche auf ein Minimum zu beschränken sind, und unverzüglich zur Operation geschritten werden soll. Haynes plaidirt für die Radicaloperation nach einer eigenen Methode, Coley bespricht das Vorkommen und die Behandlung der Brucheinklemmung bei Kindern und empfiehlt auch hier sofortige Operation.

26) Edwin Walker-Evansville: **Bilharzia haematobia.** (Ibid., 17. Februar 1900.)

Zusammenstellung der diesbezüglichen englischen und amerikanischen Literatur.

27) Frank Billings, William E. Quine und George W. Webster-Chicago: **Ueber Typhusbehandlung.** (Ibid., 24. Febr. 1900.)

Die Discussion dieses Themas, welche in einer vereinigten Sitzung der Chicago Medical Society und der Chicago Society of Internal Medicine erfolgte, entschied sich zu Gunsten der Kaltwasserbehandlung, deren Vorzüge allgemein anerkannt wurden. Quine sprach über die Modificationen derselben in der Privatpraxis und die Diät, Webster über die Behandlung der Typhuscomplicationen.

F. Lacher-München.

Belgische Literatur.

Ch. Henrard: **Ein Fall von Herzinversion.** (Archives médicales belges, Januar 1900.)

Die Herzverlagerung wurde bei einem Mädchen von 18 Jahren gefunden, welches an Tuberculose starb. Das Herz ist das einzige verlagerte Organ, und befindet sich in einer Höhle, welche sich nach aussen durch eine geringe Hervorwölbung zu kennen gibt. Die Herzdämpfung ist dreieckig und ist genau das Umgekehrte der normalen Herzdämpfung. Es handelt sich zweifellos um einen angeborenen Zustand, da die Adhaesionen nicht stark genug waren, um eine solche Verlagerung zu erklären. Es soll noch bemerkt werden, dass das Mädchen zusammen mit zwei anderen Schwestern geboren wurde, so dass eine Entwicklungshemmung während des embryonalen Lebens nicht ausgeschlossen ist.

Hamburger-Utrecht: **Fett und Seifeabsorption im Dick- und im Dünndarm.** (Belgique médicale, 4. und 11. Januar 1900.)

Die Frage bietet ein grosses Interesse für den Praktiker; es handelt sich nämlich darum, zu wissen, ob Nahrungsklystiere in Wirklichkeit zur Absorption gelangen, und ob das darin enthaltene Fett in die Blutbahn aufgenommen wird. Die Experimente wurden an Thieren gemacht, bei welchen die Dünndarmschlingen freigelegt, abgebunden, und die mittlere mit einer Lipaninemulsion gefüllt wurden. Die Untersuchungen ergaben, dass zweifellos der Dickdarm die Fähigkeit besitzt, Fett zu absorbiren; dasselbe zeigt sich auch für Seifen. Auch konnte der Verfasser feststellen, dass die Seife nicht in die Blutbahn unmittelbar gelangt, sondern wieder in den Schleimhautzellen zu Fett umgewandelt wird. Die Absorptionsfähigkeit des Dünndarms ist ungefähr dieselbe wie diejenige des Dickdarms.

A. Depage-Brüssel: **Bruch der Schädelbasis, mit Verwundung des Lateralsinus. Trepanirung. Heilung.** (Journal médical de Bruxelles, 8. März 1900.)

Es handelt sich um einen Herrn, der während eines Motorwagenrennens von seinem Wagen abstürzte und sehr schwer am Schädel verwundet wurde. Coma. Puls 40 in der Minute. Es wurde die Operation nothwendig erachtet und sofort trepanirt, unmittelbar hinter der Bruchlinie, welche lateral von der Sutura parieto-occipitalis bis zum Schläfenbein verlief. Das Cerebrum war collabirt und eine grosse Quantität Blut wurde aus der Wunde entleert. Der Lateralsinus selbst war getroffen. Compression musste fortwährend gemacht werden; der allgemeine Zustand verbesserte sich, der Puls schlug wieder normal, doch war der Verlauf noch sehr lang (von Juli bis October), weil septische Stoffe während der Verwundung in die Gehirnhöhle geschleudert worden waren. Endlich, nachdem noch ein Gehirnabscess punctirt werden musste, trat die Heilung ein, ohne starke Beeinträchtigung der Gehirnfunctionen.

Das Interesse des Falles liegt eben in der Heilung einer Wunde des Lateralsinus. In solchen Fällen, da es absolut unmöglich ist, von vornherein die Gehirncompression einer Blutung des Sinus zuzuschreiben, ist die Trepanation indicirt. Wenn dann die Verletzung des Sinus erkannt wird, kann durch sorgfältige Compression mit Jodoformgaze endlich doch ein nützlicher Effect erreicht werden. Eine andere interessante Thatsache wurde beobachtet: Während des Anlegens eines neuen Verbandes, wenn die comprimirende Gaze entfernt wurde, und eine Hernie der Gehirnsubstanz eintrat, war der Verstand sofort wieder schlechter und konnte fast augenblicklich durch neue Compression verbessert werden. Erst nach längerem Bemühen mit Aluminiumplatten, Autoplastik u. s. w. war es endlich gelungen, diese Gehirnhernie zu beseitigen.

R. Wybauw-Bad Spaa: **Ueber die Herzgrösse bei Chlorose und Anaemie.** (Journal médical de Bruxelles, 18. März 1900.)

Die Herzdilatation hängt von der schlechten Ernährung des Myocards ab; dass eine solche also bei der Chlorose eintritt, ist sehr natürlich. Alle Dilatationen bei ähnlichen Fällen sind natürlich als Folgen der Ueberanstrengungen anzusehen, welchen das schlecht ernährte Herzfleisch nicht gewachsen ist. Dasselbe wird übrigens am Magen, z. B. von Chlorotischen, beobachtet, weil der schlechte Ernährungszustand des Muskels ihn auch hier unfähig macht, dem gegen seine innere Wand ausgeübten Druck zu widerstehen. Verfasser gibt mehrere Fälle an, wo es sich deutlich um Dilatation handelte. Einige Kliniker, besonders in Deutschland, haben die Meinung ausgesprochen, die Dilatation des Herzens sei nur durch eine Verlagerung des Herzens vorgetäuscht, indem bei Chlorotischen das Zwerchfell höher emporgewölbt sei als gewöhnlich und das Herz mehr horizontal zu liegen kommt. Aehnliche Fälle hat W. auch beobachtet, und glaubt sie von den ersteren dadurch unterscheiden zu können, dass hier die Herzspitze höher, dort niedriger als normal zu liegen kommt. Beides kann man also in ähnlichen Fällen beobachten. Es folgt noch die Beobachtung eines Knaben mit cyclischer Albuminurie, bei welchem eine acute Herzdilatation 2 mal auftrat, unter ausschliesslichen Magensymptomen. Es soll in allen Fällen von Chlorose die Herzdämpfung genau untersucht werden, denn die Behandlung muss sich danach richten. Sehr gute Resultate liefern in ähnlichen Fällen die kohlensäurehaltigen Bäder.

Wettendorff-Middelkerke: **Einfluss des Durstes auf gewisse Eigenschaften des Blutes.** (Journal médical de Bruxelles, 5. April 1900.)

Verfasser hat die Blutkörperchenzahl, die Leukocytenzahl, den Haemoglobingehalt, das specifische Gewicht und die Widerstandsfähigkeit der Blutkörperchen geprüft (nach Hamburger). Im Durstzustande wächst die Zahl der Erythrocyten; die Leukocyten nehmen ab. Das specifische Gewicht des Blutes nimmt ab, sowie der Haemoglobingehalt; die Fixationskraft der Blutkörperchen für das Haemoglobin ist auch geringer. Der osmotische Druck des Serum wächst. Schon eine Stunde, nachdem das Thier wieder getrunken hat, ist der Zustand schon verbessert.

G. Derscheid: **Die Gerbsäure in der Behandlung der Lungenphthise.** (La Policlinique, 1. März 1900.)

Es wurde früher schon beobachtet, dass Kaninchen, welche Gerbsäure in ihrer Nahrung bekamen, gegen die Impftuberculose viel widerstandsfähiger waren, als die Controlthiere. D. hat an vielen Kranken die Gerbsäure systematisch geprüft und hat beobachtet, dass dieselbe bei torpiden Formen fast gar keine Wirkung ausübe; im Gegentheil hat er bei acuteren Krankheitsformen, mit gastrischen Symptomen, Nachtschweiss u. s. w. eine günstige Wirkung gesehen. Diese äussert sich durch eine Verbesserung des Allgemeinzustandes, Zunahme des Appetits, Abnahme des Fiebers. Die Gerbsäure soll nach D.'s Meinung die starke Schleimabsonderung, welche die Magenfunction bei den Phthisikern häufig stört, vermindern. Wahrscheinlich wird sie theilweise durch die Nieren ausgeschieden.

Le Boeuf: **Ein Fall von Ileotyphus und Scharlach zu gleicher Zeit.** (Journal médical de Bruxelles, 24. Mai 1900.)

Es handelt sich um einen 19 jährigen Kranken, der am 1. Tage seiner Aufnahme im Spital Halsschmerzen und ein deutliches Scharlachexanthem darbot. Nach 3 Tagen verschwanden diese Symptome; das Abdomen war geschwollen, die Milz vergrössert, und nach 4 Tagen erschienen auch charakteristische Flecken im Epigastrium. Die Serodiagnose war erst negativ, dann, 5 Tage später, positiv ($^1/_{20}$). Die Pulswelle war stark dikrotisch. Dieser Zustand verbesserte sich nach 2 Wochen, und dann trat unerwartet ein neues Scharlachexanthem auf, das regelmässig verlief und von einer regelmässigen Desquamation gefolgt war. Verfasser glaubt grossen diagnostischen Werth legen zu dürfen auf das Auftreten von Eiweiss im Harn am Anfang der Krankheit, während der Periode, wo die Febris typhoidea allein überwog. Die beiden Krankheiten haben hier wahrscheinlich neben einander gewirkt; bloss ist ein Recidiv von Scharlach (ohne Erhöhung der Temperatur) nach Ende des Ileotyphus eingetreten.

R. Wybauw-Bad Spaa.

Inaugural-Dissertationen.

Universität **Greifswald.** April 1900.

5. Tschoetschel Kurt: Zur Statistik der Echinococcenkrankheit in Vorpommern.

Mai 1900.

6. Ady Carl: Die subcutanen Leberverletzungen.

Universität **Kiel.** Mai 1900.

38. Gross Oskar Curt: Ueber vaginalen Kaiserschnitt bei Carcinoma portionis im VI. Schwangerschaftsmonat.
39. Kluge Heinrich: Ein Fall von Geschwulstthrombose der unteren Hohlvene und des rechten Vorhofs.
40. Mühsam Hans: Ueber uncomplicirte congenitale Defecte in der Kammerscheidewand des Herzens.
41. Rettler Heinrich: Zur Casuistik der malignen Tumoren, welche sich auf dem Boden angeborener Muttermale entwickeln.
42. Schmidtmann Friedrich: Ein Fall von Fettnekrose und Blutung des Pankreas.
43. Mysing Hans: Ein Fall eines intrapraeputial gelegenen gonorrhoischen Lymphtumors.
44. Kreft Ernst: Zur Casuistik der luetischen Erkrankungen des Nervensystems.
45. Hantke Robert: Ein Beitrag zur Aetiologie des Caput obstipum musculare.
46. Francke Georg: Die Hasenscharten der chirurgischen Poliklinik und des Anscharhauses zu Kiel 1896—1900. Ein Beitrag zur Statistik der Hasenscharten.
47. Leve Georg: Tenotomie bei spastischer Gliederstarre.
48. Spickenbaum Heinrich: Ein Fall von Appendicitis aktinomycotica.
49. Schwarze Wilhelm: Kugel hinter dem Os frontale.

Vereins- und Congressberichte.

(**Berliner medicinische Gesellschaft** und **Verein für innere Medicin zu Berlin** siehe S. 882.)

Berliner Briefe.

Todesfälle unter den Berliner Aerzten. — Beschluss der Schulconferenz betreffs Zulassung zum Universitätsstudium. — Ein Vorschlag zur Abhilfe des Nothstandes. — Zwangsarztsystem und freie Arztwahl.

Einen schmerzlichen Verlust hat die Berliner Aerzteschaft durch den Tod zweier angesehener und allgemein beliebter Collegen erlitten. Die Sanitätsräthe Dr. Lissa und Dr. Lewandowsky wurden an demselben Tage zu Grabe getragen. Beide standen erst am Ausgang der 50 er Jahre und hatten mit voller Manneskraft sowohl eine ausgedehnte Berufsthätigkeit erfüllt, als auch mit Eifer an den Standesangelegenheiten Theil genommen. Dr. Lissa war Mitglied und Vorstandsmitglied der Aerztekammer, zweiter Vorsitzender des Geschäftsausschusses der Berliner ärztlichen Standesvereine und erster Vorsitzender des Standesvereins der Aerzte der Friedrichstadt; auch Dr. Lewandowski war Mitglied des Geschäftsausschusses, an dessen Arbeiten er regen Antheil nahm. Beide hinterlassen eine schwer auszufüllende Lücke, ihr Andenken wird unter Allen, die sie kannten, unvergesslich sein.. Von einem unheimlichen Geschick ist der Standesverein der Friedrichstadt betroffen,. der in verhältnissmässig sehr kurzer Zeit zum zweiten Mal seines ersten Vorsitzenden beraubt ist, nachdem er erst vor wenigen Monaten seinen ersten Schriftführer durch den Tod verloren hat. Und während diese Zeilen niedergeschrieben werden, verbreitet sich in Aerztekreisen die Nachricht von einem neuen tragischen Todesfall. In dem blühenden Alter von 37 Jahren wurde der College Rubinstein in Folge einer Erysipelinfection dahingerafft. Rubinstein hatte ausser durch verschiedene Arbeiten medicinischen und philosophischen Inhalts sich weiteren ärztlichen Kreisen besonders dadurch bekannt gemacht, dass er zu den ersten Vorkämpfern der freien Arztwahl gehörte, an deren Einführung und Ausbreitung er regen Antheil nahm. Er war der Mitbegründer und einige Jahre Mitredacteur der „Medicinischen Reform", des Organs des Vereins der frei gewählten Cassenärzte. Diese und eine ganze Anzahl anderer Fälle, in denen Aerzte im besten Mannesalter plötzlich aus dem Leben gerissen wurden, sind ein neuer Beweis für die leider zu oft bestätigte Erfahrung, dass die harte und aufreibende Berufsarbeit uns Aerzten nur eine kürzere Lebensdauer gestattet, als den anderen akademischen Berufsarten.

Und die Lage unseres Standes ist auf dem Wege, sich eher noch zu verschlechtern, als sich günstiger zu gestalten, die Anforderungen an unsere Leistungsfähigkeit werden grösser und ein stärkerer Andrang zum ärztlichen Beruf steht in sicherer Aussicht. Die Degradirung, welche dem Stande durch Zulassung der Realgymnasialabiturienten zum Studium der Medicin drohte, scheint zwar abgewendet zu sein; denn, wie verlautet, hat die Schulconferenz beschlossen, den Abiturienten der Gymnasien, Realgymnasien und Oberrealschulen das Studium an Universitäten und Hochschulen gleichmässig freizugeben. Damit wird zwar die Forderung humanistischer Bildung für alle akademischen Berufsarten nicht als berechtigt anerkannt, aber doch auch nicht die Aschenbrödelstellung des medicinischen Studiums. Allerdings ist, wenn die Regierung diesen Beschluss zu dem ihrigen machen sollte, ein enormer Andrang zum medicinischen Studium zu gewärtigen, da aller Voraussicht nach die Schüler der Realgymnasien und Oberrealschulen vermöge ihrer intensiveren naturwissenschaftlichen Vorbildung sich mit besonderer Vorliebe dem Studium der Medicin zuwenden werden. Der Concurrenzkampf mit seinen unliebsamen Auswüchsen wird dann noch schwerer werden, die Erwerbsverhältnisse sich noch schwieriger gestalten.

Angesichts der ungünstigen Lage und der noch ungünstigeren Zukunftsbilder unseres Standes kann es kaum Wunder nehmen, wenn Verbesserungsvorschläge auftauchen, wie sie früher nur als scherzhafte Uebertreibung belächelt wurden, heute aber mit bitterem Ernst discutirt werden. So macht in der Fachpresse ein College den Vorschlag, dass wir uns nicht mehr damit begnügen dürfen, in ärztlichen Vereinen zahme Resolutionen zu fassen, die wenig gehört und nirgends beachtet werden, sondern die breiteste Oeffentlichkeit für unsere Sorgen und Schmerzen zu interessiren und uns so Gehör zu erzwingen, ganz so wie es die Künstler gegenüber der durch die lex Heinze drohenden Gefahr und wie es andererseits vor Kurzem die Pferdebahnangestellten zur Aufbesserung ihrer Lage gethan haben. Der College empfiehlt die Ankündigung einer grossen Versammlung durch weithin sichtbaren Anschlag an den öffentlichen Anschlagsäulen. Thema: Nothlage des Aerztestandes, Wege zur Abhilfe, Gründung eines Fonds zu Kampfzwecken etc., also eine Agitation im grossen Stil, von der die Behörden, das Publicum und die Tagespresse nothwendig Notiz nehmen müssen. Bei der vornehmen Zurückhaltung, die wir im Allgemeinen zu üben gewöhnt sind, muss diese Idee auf den ersten Blick verwunderlich erscheinen; aber nachdem die Geschichte unseres Standes auch Aerztestreike zu zu verzeichnen hat, ist sie nur eine Consequenz der Lage, in die wir durch die Ungunst der Verhältnisse und nicht zum Wenigsten auch durch unsere eigenen Unterlassungssünden allmählich hineingedrängt worden sind. Aber auch wer solche extreme Wege nicht zu wandeln geneigt ist, wird die Ueberzeugung haben, dass wir nur auf dem Wege der Selbsthilfe unsere Ziele zu erreichen Aussicht haben. Langsam, aber stetig kommt so der Verein der frei gewählten Cassenärzte seinem Ziele näher. Wie an anderer Stelle dieser Wochenschrift schon mitgetheilt ist, ist es ihm gelungen, einen Vertrag mit der neubegründeten Betriebskrankencasse der Stadt Berlin abzuschliessen. Der materielle Vortheil, der daraus erwächst, ist zwar nur ein ganz minimaler, da ein grosser Theil der Cassenmitglieder schon vorher Cassen mit freier Arztwahl angehört hatte. Um so mehr aber bedeutet der moralische Erfolg, denn nicht nur die Arbeiter, sondern auch die Vertreter des Magistrats von Berlin als Arbeitsgeber haben sich fast einstimmig für die Einführung der freien Arztwahl erklärt, ein erfreuliches Zeichen dafür, dass auch bei den Behörden die Erkenntniss von dem höheren Werth dieses Arztsystems sich Geltung zu verschaffen beginnt.

Den Unterschied der beiden Arztsysteme illustrirt sehr deutlich das Beispiel der Schneidercasse, bei welcher unter ungewöhnlichen Umständen die freie Arztwahl eingeführt wurde. Die Verträge der Casse mit ihren festangestellten Aerzten waren nämlich noch nicht abgelaufen, und um diese Schwierigkeit zu überwinden, verpflichtete sich der Verein der frei gewählten Cassenärzte, den früheren fixirten Aerzten ihr bisheriges Einkommen für die Giltigkeitsdauer des Contractes zu garantiren. Bei der Honorarvertheilung ergab sich nun, dass ein früher mit 500 Mark jährlich angestellter Arzt für seine Leistungen in einem Quartal ca. 400 Mk. erhielt, dagegen hätte ein anderer, dem vertragsmässig 250 Mk. für ein Quartal ausgezahlt wurden, nach Maassgabe seiner Leistungen 38 Mark zu beanspruchen gehabt. Also während ein in Berlin W. ansässiger Arzt für eine relativ geringe Mühewaltung ein quasi fürstliches Honorar bezieht, hat ein anderer bei derselben Casse, aber in einem Arbeiterviertel prakticirender College für die gleiche Entschädigung ungefähr das Zehnfache zu leisten. Diese Zahlen reden eine so deutliche Sprache, dass sie keiner weiteren Erklärung bedürfen. K.

Aerztlicher Verein in Hamburg.

(Eigener Bericht.)

Sitzung vom 22. Mai 1900.

Vorsitzender: Herr Rumpf.

1. Herr **Urban** demonstrirt einen Fall von stricturirendem **Oesophaguscarcinom,** in welchem er dem 58jährigen Kranken eine Magenfistel nach Frank angelegt hat. Die Fistel schliesst selbst ohne Pelotte tadellos, der Kranke ist im Stande, sich selbst sein tägliches Nahrungsquantum von 2½ Liter Milch, 8 Eiern, je 100 g Zucker und Butter einzuführen und hat seit December 1899 32 Pfund an Gewicht zugenommen.

2. Herr **Stamm** zeigt einen 3jährigen Knaben mit einer **Meningocele spuria traumatica.** Die Heilung von Schädelbrüchen bei Kindern verläuft bisweilen nicht so glatt wie bei Erwachsenen, sondern es resultiren Defecte und Spalten, die ihre anatomisch-physiologische Erklärung in dem engen Zusammenhang finden, in welchem beim Säugling Dura und Knochendach stehen. Der vorgestellte Knabe war vor 2 Jahren mehrere Stockwerke tief aus dem Fenster gestürzt. Jetzt besteht auf der Scheitelhöhe ein zweimarkstückgrosser, auch nach dem Röntgenbilde ungemein deutlicher Defect und ein pulsirender mit dem Schädelinnern zusammenhängender Tumor. Leichte Paresen der einen Körperhälfte lassen die Localisation des verletzten Gehirnabschnittes an das obere Ende der Centralwindung zu.

3. Herr **Aly:** Demonstration von **Thermophorapparaten** zur Krankenpflege und ähnlichen Zwecken. Hervorgehoben zu werden verdienen eine Reihe von Kissen zur Behandlung von Neuralgien oder Gelenkerkrankungen mit constanter Wärme, kleine Kissen, die post partum auf den Bauch gelegt werden und sich zur Vermeidung der Nachwehen bewährt haben, der Ersatz einer Couveuse, ferner Milchwärmer, Warmwasserwaschtisch für's ärztliche Sprechzimmer u. a. m.

II. Vortrag des Herrn **Prochownick: Ueber die operativen Indicationen bei Extrauterinschwangerschaft.** (Erscheint unter den Originalien dieser Wochenschrift.)

Werner.

Naturhistorisch-Medicinischer Verein Heidelberg.

(Medicinische Section.)

(Officielles Protokoll.)

2. Sitzung vom 30. Januar 1900 (Nachtrag).

Herr **W. Petersen: Ueber Epithelveränderungen durch Temperatureinflüsse; zur Theorie der Riesenzellen.**

P. berichtet über (gemeinsam mit den Herren Dr. Werner und Dr. v. Eicken ausgeführte) Untersuchungen, welche anknüpfen an die sehr beachtenswerthe Arbeit von Ernst Fürst: „Ueber die Veränderungen des Epithels durch leichte Wärme- und Kälteeinwirkungen beim Menschen und Säugethier. Zugleich ein Beitrag zur Theorie der Riesenzellen". (Beitr. zur pathol. Anatomie etc., Bd. XXIV.)

Das Ergebniss dieser Nachprüfung stimmt in allen wesentlichen Punkten mit den von Fürst gefundenen Thatsachen überein und war kurz folgendes: Ein kurzes Gefrierenlassen des Kaninchen- und Meerschweinchenohrs (durch den Aetherspray) ruft, in kürzeren oder längeren Pausen wiederholt, schon starke Epithelveränderungen hervor. Durch Vergrösserung der Zellen verdickt sich das Epithellager um ein Vielfaches.

Nach kurzer Zeit (in einem Versuch schon nach 4 Stunden) treten in dem Epithel Riesenzellen auf, und zwar oft in enormer Grösse und Zahl. Ausser in dem oberflächlichen Epithel kamen Riesenzellen zur Beobachtung in den Haarbälgen und den Talgdrüsen. Versuche, auch im Magen, Leber oder Niere durch Aetherisirung Riesenzellen zu erzeugen, hatten keinen Erfolg.

Das Bindegewebe zeigte relativ geringe Veränderungen, nur vereinzelt erhebliche Verdickung oder zellige Infiltration. Besonders wichtig erschien, dass das ätherisirte Epithel sich bedeutend schneller und energischer regenerirte als normales Epithel.

Die Veränderungen an der ätherisirten menschlichen Haut sind durchaus ähnliche.

Die Ursache der starken Zellwucherung ist wahrscheinlich zu suchen nicht in einem formativen Reiz des Aethers, sondern in einer durch kleinste Nekrosen bewirkten Entspannung des Epithels.

Die Riesenzellen sind sicher epithelialer Natur; sie sind ferner nicht multicellular durch Confluenz, sondern unicellular entstanden und zwar bemerkenswerther Weise durch Amitose. Wir müssen annehmen, dass der Aether zunächst das Protoplasma lähmt und dadurch den Kern entspannt und zur Wucherung anregt. Da nun das gelähmte Protoplasma sich an der Wucherung des Kerns nicht betheiligen kann, so wird die gewöhnliche Karyokinese (die ja ohne Protoplasmakinese nicht möglich ist) verhindert und der Kern vermehrt sich in dem starren Protoplasma durch Amitose.

P. versuchte nun, diese theoretisch so interessanten Befunde auch praktisch zu verwerthen, speciell die nach mehrmaliger Aetherisirung sicher nachweisbare erhöhte Regenerationsfähigkeit des Epithels. Als bestes klinisches Testobject wurde gewählt das Ulcus cruris.

Es kamen verschiedene Verfahren zur Anwendung: 1. Aetherisirung des Ulcus allein; 2. Aetherisirung der zu transplantirenden Haut (mehrere Tage hindurch in verschiedener Stärke); 3. Transplantation normaler Haut auf ein ätherisirtes Ulcus; 4. Transplantation ätherisirter Haut auf ein ätherisirtes Ulcus.

Besondere Beachtung wurde geschenkt der Beeinflussung der Granulationen durch den Aether.

Die Versuche sind noch nicht weit genug gediehen, um ein sicheres Urtheil zu ermöglichen; jedenfalls ermuntert aber das bisher Gesehene durchaus zur Fortsetzung derselben. P. hofft, in einiger Zeit Weiteres darüber mittheilen zu können.

Allgemeiner ärztlicher Verein zu Köln.

(Bericht des Vereins.)

Sitzung vom 13. Februar 1900.

Vorsitzender: Herr Dreesmann.

1. Herr **Dreesmann** stellt einen Knaben von 9 Jahren vor, welcher **hochgradige Verkrümmungen an allen Extremitäten** in Folge Rachitis darbietet. Beide Unterschenkel sind in der Mitte rechtwinklig abgeknickt, mit der Spitze nach vorne, beide Oberschenkel sind zwischen mittlerem und oberem Drittel rechtwinklig abgeknickt, mit der Spitze nach aussen, und ferner zeigen noch beide Oberarme rechtwinklige Abknickung 10 cm oberhalb der Ellenbogengelenke mit der Spitze lateralwärts. Wie die an den unteren Extremitäten vorgenommenen keilförmigen Resectionen — wobei der Knochen nur aus einer dünnen Schicht Corticalis bestehend gefunden wurde —, ergeben haben, handelte es sich hier um Fracturen.

2. Herr **Wolff:** a) Demonstration einer neugebildeten **Hüftgelenkspfanne,** welche sich auf dem Darmbein im Anschluss an eine unreponirte Luxatio iliaca gebildet hatte. Die Verletzung liegt 6 Monate zurück, die neugebildete Pfanne hat die Grösse und Tiefe der normalen Pfanne und einen äusserst glatten Boden. Die Gegend der alten Pfanne ist durch schwartige fibröse Massen ausgefüllt. Im Anschluss daran wird die Diagnostik der frischen Luxatio iliaca und die Therapie der veralteten Luxation besprochen.

b) **Ueber traumatische Epiphysenlösungen.** (Der Vortrag ist in der Deutschen Zeitschrift für Chirurgie 1900, Heft 1, erschienen.)

Deutsche otologische Gesellschaft.

Die Jahresversammlung der Deutschen Otologischen Gesellschaft fand zu Pfingsten in Heidelberg unter Vorsitz von Herrn Prof. Kessel-Jena statt.

Das Hauptreferat über die Erkrankungen und die Behandlung der Nebenhöhle der Nase hatten Herr Prof. Killian-Freiburg und Dr. Zarnikow-Hamburg übernommen. In der sehr eingehenden Discussion kam zum Ausdruck, dass Diejenigen, welche es früher für nöthig gehalten hatten, jede Stirn-, Kiefer- oder Siebbeinhöhlenerkrankung der Radicaloperation zu unterziehen, zu einem conservativeren Standpunkt zurückgekehrt sind, da sich durch die Radicaloperation nicht immer eine vollständige Beseitigung der Eiterung erreichen lässt. Die Radicaloperation soll nur in schweren Fällen vorgenommen werden. Die Heilung soll in erster Linie durch die intranasale Behandlung angestrebt werden. Besonders empfohlen wurde von mehreren Seiten die von Killian eingeführte Rhinoskopia media sowohl für die Diagnose, als für die Behandlung.

Ein reiches Material von otitischen Hirn- und Sinuserkrankungen wurde von Viereck-Leipzig, Weil-Stuttgart, Keimer-Düsseldorf und Hansburg-Dortmund zum Vortrag gebracht und deren Erfahrungen in der Discussion vielfach ergänzt.

Die Methoden der Hörprüfung und deren Verwerthung für die Diagnose wurden besprochen von Bezold-München. „Eine Analyse des Rinne'schen Versuches" von Wanner-München, welcher auf Grund mehrerer Beobachtungen die Verwerthbarkeit der Verkürzung der Stimmgabelwahrnehmung durch Knochenleitung für die Diagnose der Erkrankung des nervösen Apparates nachweisen konnte und von Schwendt-Basel, welcher wohlgelungene Versuche über die Bestimmung der Schwingungszahlen der höchsten Töne (Galtonpfeife) vermittels der Kundt'schen Staubfiguren in Glascylindern vorführte.

Ueber mikroskopische Untersuchungen berichtete Siebenmann-Basel: „Neuere Untersuchungen über die Entstehung der Membrana tectoria (Membrana Corti)". Von besonderem Interesse waren Präparate Siebenmann's der Schnecke eines Taubstummen mit nahezu vollständigem Fehlen des Corti'schen

Organs. Manasse-Strassburg demonstrirte Präparate von Stapesankylose.

Ausserdem wurden noch eine grössere Anzahl von anderen Vorträgen gehalten. Die Verhandlungen der Gesellschaft erscheinen im Verlage von Gustav Fischer-Jena.

Da die anatomischen Veränderungen, welche der Taubstummheit zu Grunde liegen, noch nicht genügend erforscht sind, wurde eine Commission eingesetzt, welcher die Förderung der pathologisch-anatomischen Untersuchung des Taubstummenohres zur Aufgabe gestellt ist. Von den Taubstummen, welche in Taubstummenanstalten, pathologischen Instituten, Krankenhäusern zur Section gelangen, sollen die Hörorgane durch Zuweisung an geeignete Untersuchungsstellen einer möglichst exacten Untersuchung unterzogen werden und zwar insbesondere von solchen Taubstummen, bei welchen während des Lebens eine Hörprüfung vorgenommen wurde.

Für das von der Gesellschaft dem Altmeister der Ohrenheilkunde in Deutschland, Anton v. Tröltsch, in Würzburg zu errichtende Denkmal sind bereits über 3000 M. gesammelt. Beiträge nimmt entgegen der Schatzmeister der Gesellschaft Dr. Oscar Wolf in Frankfurt a. M.

Die nächste Versammlung der Gesellschaft wird Pfingsten 1901 in Breslau unter Vorsitz von Herrn Prof. Habermann-Graz stattfinden.

Berliner medicinische Gesellschaft.

(Eigener Bericht.)

Sitzung vom 13. Juni 1900.

Herr **A. Baginsky: Ueber einen constanten Bacterienbefund bei Scharlach.**

Vortr. gibt zunächst eine historische Einleitung dieses Themas, aus welcher erhellt, dass schon zahlreiche Autoren bei Scharlach mit grösserer oder geringerer Regelmässigkeit Streptococcen theils im Belage der Angina, theils in den inneren Organen gefunden und diesen Bacterien eine bald grössere, bald geringere Bedeutung für die Aetiologie des Scharlachs zugesprochen haben. Er habe in 362 Fällen jedes Mal einen, im Einzelnen variablen, Streptococcus gefunden und ihn auch in 42 letal verlaufenden Fällen unmittelbar nach dem Tode im Blute und allen Organen finden können; einmal habe er auch intra vitam in der Spinalflüssigkeit diesen Coccus nachgewiesen. Hier könne er also nicht eine secundäre Infection sein.

Die Pathogenität dieser Streptococcen war für Thiere eine verschiedene. Versuche mit Reconvalescentenblut Agglutinationserscheinungen hervorzurufen, waren erfolglos.

Er wolle keineswegs behaupten, dass dieser Streptococcus der Krankheitserreger des Scharlachs sei, doch wolle er die Aufmerksamkeit darauf lenken, dass dieser sich constant finde und schon zu einer Zeit, wo von Secundärinfection noch keine Rede sein könne.

Discussion: Herr Heubner: Derselbe erklärt sich durch die Mittheilungen Baginsky's enttäuscht. Der Befund von Streptococcen bei Scharlach sei sehr alt und vielfach erhoben; gerade jetzt werde auf seiner Klinik eine Arbeit abgeschlossen, worin diese Bacterien in ca. 200 Fällen nachgewiesen wurden. Nichtsdestoweniger sei es ganz schätzenswerth, dass B. diesen Befund in allen Fällen erheben konnte. Auch die sonstigen Ausführungen hätten nichts Neues gebracht.

Er selbst könne durchaus nicht der Meinung sein, dass dem Streptococcus eine aetiologische Bedeutung für den Scharlach zukomme. Dass B., wie schon früher andere Autoren, das Exanthem beim Scharlach als toxisches erklärt und in einen Topf wirft mit den Arzneiexanthemen, kann er nicht anerkennen. Niemals fänden sich bei den Arzneiexanthemen gerade solche Formen wie beim Scharlach.

Herr Slawyk: Unter den auf Herrn Heubner's Abtheilung von ihm angestellten Untersuchungen habe er, wie Herr Heubner schon erwähnte, die Streptococcen in fast 200 Fällen gefunden, aber gerade in ganz foudroyanten, in 24—48 Stunden verlaufenden Fällen (über ein Dutzend) habe er ihn vermisst, trotz sorgfältiger, von ihm selbst ausgeführter Untersuchung.

Herr Wassermann: Die Aetiologie der acuten Exantheme liege noch ganz im Dunkeln. Er weist auf die interessanten Untersuchungen Löffler's hin, nach welchen den Erreger der Maul- und Klauenseuche noch kleiner sei als alle bekannten Bacterien und zuverlässiger Weise als unterhalb der Grenze der Wahrnehmbarkeit gelegen angenommen werden kann. Der ebenfalls für unser Mikroskop nicht mehr wahrnehmbare Erreger der Peripneumonie der Rinder wurde trotzdem von Nocard gezüchtet, indem er Collodiumsäckchen mit Serum von an Peripneumonie erkrankten Rindern anderen Rindern unter die Haut nähte und nach einiger Zeit eine Trübung des Serums im Säckchen constatiren konnte, die nicht von eingewanderten Zellen oder sonstigen mikroskopisch sichtbaren Körpern herrührte. Die mit dem Inhalte der Säckchen inficirten Thiere bekamen wieder Peripneumonie.

Herr Baginsky (Schlusswort): Er habe sich mit aller Vorsicht über die Bedeutung der Streptococcen ausgesprochen.

Herr **A. Bruck: Purpura rheumatica und Angina.**

Unter Hinweis auf den in letzter Zeit wiederholt behaupteten Zusammenhang von Angina und Gelenkrheumatismus, Angina und Endocarditis gibt Vortr. einige Krankengeschichten, aus welchen ein Zusammenhang von Angina und Purpura rheumatica gefolgert werden kann. Hans Kohn.

Verein für innere Medicin in Berlin.

(Eigener Bericht.)

Sitzung vom 11. Juni 1900.

Demonstrationen.

Herr **v. Leyden**: 1. **Herz** eines 28 jährigen Mannes, der in den letzten Monaten seines Lebens herzleidend gewesen und plötzlich gestorben ist. Sectionsbefund: Hypertrophie beider Ventrikel, Myocarditis fibrosa mit Periarteriitis und Thrombose kleinerer Herzgefässe und Aneurysma cordis. Coronararterien, soweit zu sehen, nicht erkrankt. Trotz der negativen Anamnese nimmt Vortragender **Lues** als Ursache an, besonders auch in Erinnerung an einen früheren Fall, in welchem sich Lues als Ursache einer schweren Myocarditis bei einem jugendlichen Individuum gefunden hatte.

2. Präparate eines Falles von **marantischer Thrombose.**

Discussion: Herr Litten erwähnt, dass er gelegentlich der diesjährigen Influenzaperiode eine Section gemacht habe, bei welcher sich eine vollkommene hochgradige Trübung des ganzen Endocards nach Influenza fand.

Herr A. Fraenkel: Er habe wiederholt den Zusammenhang zwischen Lues und manchen Aneurysmen, zumal bei jugendlichen Individuen, betont, im Gegensatz zu Herrn v. Leyden. Er könne nun nicht einsehen, warum die Syphilis nur auf die kleineren Gefässe wirken soll und nicht auch auf die grossen.

Herr v. Leyden: Die Syphilis bewirke bei den kleinen Gefässen Gefässwandveränderungen, welche zur Thrombose führen, die ihrerseits dann die Herzwandveränderungen macht. Er könne sich aber nicht vorstellen, wie die Lues ohne vorhergegangene Ulceration zur Erweiterung eines Gefässes führe.

Herr A. Fraenkel: Die Lues bewirke eben zuerst eine Wandveränderung und dadurch geringere Elasticität, so dass die Wand dem Blutdruck nachgebe.

Herr **Glaser**: Demonstration der Wirbelsäule eines im Krankenhause am Urban an Haemoptyse gestorbenen jungen Mannes mit vollkommener **Ankylose der Wirbelsäule.** Gleichzeitig bestanden Deformationen in den Kiefergelenken, in beiden Kniegelenken mit mässiger Versteifung dieser Gelenke. Die Hüftegelenke sind nicht stärker verändert. Der Fall gehört nicht in den Typus Pierre Marie-Strümpell und nicht zum Typus Bechterew.

Herr A. Fraenkel: Der Fall zeigt eben, dass die Ankylose der Wirbelsäule nichts anderes ist, als eine besondere Localisation der Arthritis deformans.

Herr **Mayer** demonstrirt hiezu das Bild seines von ihm vor einem Jahre demonstrirten Falles und einige ihm von Pierre Marie überlassene Photographien.

Herr **Boas**: Demonstration eines **Instrumentes** zum **Durchspülen** und **Durchsieben von Faeces.** Eine grössere, aus zwei Halbkugeln (Bajonnetverschluss) bestehende Kapsel enthält im Innern ein feines Sieb und wird an die Wasserleitung angesetzt.

Tagesordnung:

Discussion über den Vortrag des Herrn **Kaminer**: **Ueber Phenylhydrazinvergiftung.**

Herr Franz Müller: Er sah ein ähnliches Blutbild nach Ricinvergiftung.

Discussion zum Vortrage des Herrn **Buttersack**: **Ueber Beschäftigung der Kranken und Fürsorge für die Angehörigen.**

Herr Jastrowitz: Die Nervenärzte, insbesondere Kählbaum, hätten seit Langem auf Beschäftigung ihrer Kranken Werth gelegt.

Die Fürsorge für die Angehörigen der Kranken sei in jüdischen Gemeinden eine uralte Institution, zu deren Durchführung innerhalb der Gemeinden sich Vereinigungen gebildet hätten.

Herr Jacobsohn bespricht ebenfalls den Werth der Beschäftigung. H. K.

Aus den Pariser medicinischen Gesellschaften.

Société de Paediatrie.

Sitzung vom 8. Mai 1900.

Zur Behandlung der Spina bifida.

Villemin hält zwar im Allgemeinen die operative Behandlung dieses Leidens für angezeigt, unter speciellen Verhältnissen gäbe aber auch die unblutige günstige Resultate, z. B. bei zu schwachen Kindern. V. wandte in einem solchen Falle (bei einem 2 Tage alten Kinde) die Injectionen von Jodvaselin (1:1000), jeden Monat mit entsprechend stärkeren Joddosen wiederholt, an. Die am Anfang durchsichtige und zu Ulcerirung geneigte Tasche hat sich in Folge der Behandlung zu einer harten, compacten Masse verwandelt, so dass ein Platzen derselben nicht mehr zu befürchten wäre.

13. internationaler medicinischer Congress.

Paris, 2.—9. August.

Programm der festlichen Veranstaltungen.

2. August (Eröffnungstag) Abends: Fest, gegeben vom Ministerpräsidenten im Namen der Regierung.

3. August, Abends: Fest, gegeben vom Präsidenten des Congresses (für besonders geladene Gäste).

5. August, Abends: Empfang der Mitglieder des Congresses durch den Präsidenten der Republik im Elysée.

8. August, Abends: Fest, gegeben vom Bureau und den Organisationscomités des Congresses im Palast des Senats und dem Jardin du Luxembourg.

Ein Fest der Stadt Paris steht in Aussicht. Ausserdem werden besondere Festlichkeiten von der Mehrzahl der Sectionen veranstaltet.

Zu sämmtlichen Festen sind die Frauen, Töchter und Schwestern der Mitglieder eingeladen.

Ein Damencomité für den Empfang der Frauen, Töchter und Schwestern der Mitglieder ist gebildet.

Verschiedenes.

Aus den Parlamenten.

Der Reichstag genehmigte in der vergangenen Woche in zweiter und dritter Lesung das Reichsseuchengesetz und nahm auch eine Resolution wegen Einführung einer allgemeinen obligatorischen Leichenschau an. Wir werden über das Gesetz und seine Ausführungsbestimmungen später eigens referiren, und wollen heute nur noch erwähnen, dass es ohne Angriffe auf die zünftigen Aerzte und Krankenhausbehandlung nicht abging; Abg. Böckel offenbarte als seine Ansicht, dass gegen die Cholera viel mehr gute Kost und Verpflegung als Isolirung helfe und dass als Ergänzung des Seuchengesetzes ein Gesetz zum „Schutze der Menschen gegen Quälerei durch Aerzte" fehle. Die internationale Sanitätsübereinkunft von Venedig zur Abwehr der Pest wurde gleichfalls genehmigt.

Der Finanzausschuss der bayerischen Abgeordnetenkammer bewilligte 1 300 000 M. für Errichtung einer staatlichen psychiatrischen Klinik an der Universität München, die wegen Verlegung der oberbayerischen Kreisirrenanstalt bis October 1902 in Betrieb stehen soll; über den Bauplatz und die sonstigen näheren Vereinbarungen sind noch Verhandlungen mit der Stadtgemeinde München zu pflegen.

Die Abgeordnetenkammer hatte bezüglich der Abänderung des Gesetzes über die landwirthschaftliche Unfallversicherung einen Antrag an die Staatsregierung beschlossen, wonach die durch Unfälle herbeigeführten Invaliditätsfälle nach den Bestimmungen des Invalidenversicherungsgesetzes zu berücksichtigen seien und die Berufsgenossenschaften für alle übrigen Ansprüche aus Unfällen, welche durch die Invalidenversicherung nicht oder nicht vollständig gedeckt sind, einzutreten hätten, ferner die Controle bezüglich des Maasses und der Fortdauer der Erwerbsbeschränkung zu verschärfen sei. Mit Rücksicht auf die Neuerlassung des Invalidenversicherungsgesetzes und die kürzliche Revision der Unfallversicherungsgesetze im Reichstage, sowie auf die Bereitwilligkeit der Staatsregierung zur Verschärfung und Erweiterung der Controle ging die Kammer der Reichsräthe über diesen Antrag zur Tagesordnung über.

Bezüglich der Zulassung der Realgymnasialabsolventen zum allgemeinen Universitäts- und zum medicinischen Studium äusserte der Referent der Reichsrathskammer, Reichsrath v. Auer, seine Ansicht dahin, dass beide Arten von Anstalten, die humanistischen und realen, sich für die speciellen Berufe eignen, aber beide Schulen vollständig gleichzustellen, sei nicht angezeigt und bedeute nichts anderes als die Herabsetzung der Vorbildung für die Universität; ein zwingendes Bedürfniss erscheine nicht gegeben und er glaube daher, dass derartige Bestrebungen, wenigstens für die nächste Zeit, keine Aussicht auf Erfolg haben; die Zulassung zum Studium der Medicin könne wohl kaum hintangehalten werden, aber dann müsse wohl auch eine Umgestaltung des Universitätslehrplanes eintreten.

In einer den Titel „Entropie der Keimsysteme und erbliche Entlastung" führenden biologischen Studie (München, G. Hirth's Verlag), auf deren übrigen Inhalt einzugehen wir uns versagen müssen, gibt der Verfasser, Dr. Georg Hirth, nachstehender Idee Ausdruck: „Das Thierleben beginnt damit, dass das neue Individuum zunächst aus lebendem Eiweiss aufgebaut wird (Keimbildung, Ernährung im Ei, als Embryo). Bei den Säugethieren findet nun die Geburt zu einer Zeit statt, wo der Verdauungsapparat (Assimilation, Endosmose etc.) noch nicht auf todtes Eiweiss geaicht ist; normaler Weise muss daher auch ausserhalb des Mutterleibes die Ernährung zunächst mit lebenden Eiweissstoffen fortgesetzt werden — mit lebenswarmer lebendiger Muttermilch, ohne zwischenliegende Abkühlung und Wiedererwärmung oder gar Abkochung — bis der kindliche Verdauungsapparat die Leistungsfähigkeit erreicht hat, welche zur vollkommenen Assimilation todter Eiweisskörper erforderlich ist. Es gibt Individuen, welche letzteres sofort nach der Geburt scheinbar ohne wesentliche Einbusse an ihrer ferneren Gesundheit leisten können, während andere (sowohl bei Thieren als bei Menschen) darüber entweder zu Grunde gehen oder doch sofort sichtbaren oder später zu Tage tretenden Schaden erleiden.... So erkläre ich mir die Gebrechen des künstlichen Ersatzes der mutterwarmen Muttermilch, für welche man vielleicht das Recept aufstellen kann: Lieber kuhwarme Kuhmilch als abgekochte Muttermilch". Der hier ausgesprochene originelle Gedanke wird vom Verfasser in einer weiteren, soeben erschienenen Broschüre: „Ideen an einer Enquete über die Unersetzlichkeit der Muttermilch" eingehender begründet und die von ihm in der Muttermilch vorausgesetzten „lebenden Eiweissstoffe" als identisch mit dem von amerikanischen Forschern in der Milch nachgewiesenen, als „Gelactase" bezeichneten Enzym erklärt. In Bezug auf Einzelheiten der aufgestellten Theorie sei auf das Studium der anregenden Schrift (besonders der letztgenannten) verwiesen.

Therapeutische Notizen.

Eine neue Behandlungsart des Haarausfalls beschreibt Scheffer, französischer Militärarzt, in No. 40 der Médecine moderne. Das Hauptmittel ist Pilocarpin, welches nach der üblichen antiseptischen Reinigung um die haarlose Stelle herum subcutan injicirt wird. Die Injectionsspritze wird zuerst zu einem Viertel mit Sublimatlösung (1: 1000, ungefärbt), dann mit ebenso viel Pilocarpin (1: 200,0) und dann wieder mit Sublimatlösung gefüllt, so dass eine innige Mischung beider Substanzen eintritt. Die Injectionen sollen höchstens ½—1 mm in die Tiefe, parallel der Oberfläche des Haares, gemacht, die einzelnen Einstiche ca. 1 cm von einander entfernt sein, die ganze Cur, welche auf einem ca. fünfmarkstückgrossen Fleck etwa 12—14 Einstiche erfordert, alle 4—5 Tage wiederholt werden. Nach 2—4 Sitzungen meist nach 14 Tagen, beginnt schon der Haarwuchs und zwar von der Peripherie gegen das Centrum der kahlen Stelle zu; je nach der Ausdehnung derselben, dem Alter und Sitz — die Stellen an den Schläfen- und Hinterhauptsgegenden sind am schwersten zu heilen — des Leidens und dem Alter des Patienten kann die Heilung auch längere Zeit in Anspruch nehmen. Sch. hatte jedoch bei 60 mit diesem Verfahren behandelten Fällen keinen einzigen Misserfolg; dasselbe ist zudem völlig unschädlich, verhindert jedenfalls das Auftreten neuer kahler Stellen und hat in Fällen, wo alle übrigen Methoden versagt hatten, zum Ziele geführt. St.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 19. Juni 1900.

— In jüngster Zeit machte durch die Tagespresse ein Artikel die Runde, der, vom Berliner „Vorwärts" ausgehend, in verschiedenen Variationen eine aus der medicinischen Klinik in Jena stammende Arbeit heftig kritisirt und dem Verfasser der Arbeit zum Vorwurf macht, er habe einen Kranken im Interesse wissenschaftlicher, mit der Heilung nicht zusammenhängender Versuche der Freiheit beraubt und einer qualvollen und gefährlichen Behandlung unterzogen. Es handelt sich um die Arbeit des ehemaligen Assistenten der Jenenser Klinik, des unseren Lesern als Mitarbeiter dieser Wochenschrift wohlbekannten Dr. Strubell: Ueber Diabetes insipidus. Deutsch. Arch. f. klin. Med., Bd. 62, H. 1 u. 2; ref. d. W. 1899, No. 4, S. 124.

Wie fast immer in ähnlichen Fällen, handelt es sich bei diesen Angriffen, in denen ein gewisses Behagen, der wissenschaftlichen Medicin Eines anhängen zu können, oft unverkennbar ist, um ganz schiefe Darstellungen, die, aufgebaut auf einzelne aus dem Zusammenhange gerissene Sätze, ein falsches Bild von dem Thatbestand geben. Der Leiter der medicinischen Klinik in Jena, Prof. Stintzing, ist denn auch in der Lage, in einer in der Jenaischen Zeitung veröffentlichten Erklärung die Herrn Dr. Strubell und damit indirect seiner Klinik gemachten Vorwürfe in durchaus befriedigender Weise richtig zu stellen. Zwar werden von Professor Stintzing die übertrieben drastische Art, in der der Autor die Abstinenzerscheinungen während der Stunden der Wasserentziehung schildert, wie auch manche Einzelheiten in der Ausführung des Versuches, die ihm erst nachträglich bekannt wurden, ausdrücklich missbilligt, dagegen übernimmt er in der Hauptsache für die Behandlung des Kranken die volle Verantwortung. Bezüglich der springenden Punkte des Falles geht aus der Erklärung Folgendes hervor: 1. Der Versuch wurde zur Heilung des Kranken unternommen, nicht zum Zweck wissenschaftlicher Untersuchungen. 2. Der Kranke war vorher auf die seiner wartenden unangenehmen Entziehungserscheinungen aufmerksam gemacht worden; trotzdem unterwarf er sich freiwillig der Cur. 3. Der Kranke war jederzeit in der Lage den Versuch abzubrechen und die Anstalt zu verlassen; trotzdem verblieb er zwei Monate freiwillig in derselben, von einer Freiheitsberaubung ist somit keine Rede. 4. Der Kranke selbst war mit der Behandlung, die er in der Klinik gefunden hatte, ganz zufrieden; er kehrte später noch einmal zu erneuter Behandlung zurück und gedachte, wie seine Frau versichert, bis zu seinem im vorigen Jahr erfolgten Tode (der beanstandete Curversuch fand schon vor 3 Jahren statt) seines Aufenthalts in der Klinik stets freundlich und dankbar.

Hiernach muss der Versuch, eine deutsche Klinik inhumaner Behandlung der ihr anvertrauten Kranken zu beschuldigen, als gänzlich missglückt bezeichnet werden. Wir hoffen nur, dass die loyale Tagespresse, die den Angriffen auf die Jenenser Klinik Raum gab, nun auch von der Erklärung Prof. Stintzing's gebührend Notiz nehmen wird.

— Nach neuerer Bestimmung können sich an der Section für Stomatologie beim XIII. Internationalen Congress in Paris auch Zahnärzte, welche nicht Doctoren der Medicin sind, betheiligen. Beitrittserklärungen sind an das Bureau des Congresses, 21, rue de l'Ecole de Médecine, Paris, zu richten.

— Pest. Türkei. Aus Djeddah wurden für den Zeitraum vom 14. bis 19. Mai 8 Pesttodesfälle gemeldet, aus Yambo für den Zeitraum vom 25. bis 28. April ebenfalls 8 Pesttodesfälle. — Aegypten. In Port Said sind in der Zeit vom 19. bis 25. Mai 12 Erkrankungen und 7 Todesfälle an der Pest gemeldet, seit dem 27. April insgesammt 39 Erkrankungen, von denen 14 am 25. Mai noch in Behandlung waren, und 19 Todesfälle. Die Seuche hatte nach einer Mittheilung vom 21. Mai sich auf den fast ausschliesslich von Einheimischen bewohnten Stadttheil beschränkt. In Alexandrien wurden in der Zeit vom 19. bis 25. Mai 2 Pesterkrankungen und 1 Todesfall und zwar am 19. Mai festgestellt; die Gesammtzahl der Fälle betrug bis dahin 6, darunter 4 mit tödtlichem Verlauf. — Persien. In Kischm im Persischen Golf ist die Pest nach einer Mittheilung vom 1. Juni amtlich festgestellt worden. — Japan. In Osaka, woselbst die Seuche bereits seit Mitte Januar vollständig erloschen zu sein schien, wurden zu Folge einer Mittheilung vom 24. April wiederum 5 Pestfälle seit dem 8. April festgestellt, welche alle tödtlich verlaufen sind. — Britisch-Ostindien. In der Stadt Bombay verstarben vom 28. März bis 1. Mai an Pest 2810 Personen; die Zahl der während der 5 Wochen gemeldeten Erkrankungen an Pest betrug 3706. — Sandwich-Inseln. Am 30. April hat die Gesundheitsbehörde in Honolulu, nachdem seit einem Monate Pestfälle nicht mehr vorgekommen waren, den Hafen von Honolulu und sämmtliche andere Plätze auf den Hawaii-Inseln für pestfrei erklärt. Im Ganzen sind in Honolulu 71 Fälle und in Kahului auf der Insel Maui 9 Fälle von Pest festgestellt; von ersteren sind 61, letztere sind alle tödtlich verlaufen. Unter den 80 Erkrankten befanden sich nur 8 Weisse und 1 Halbweisser, zum grössten Theile Chinesen. — Mozambique. Zu Folge amtlicher Mittheilung war am 5. Mai die pestverdächtige Krankheit in Magude erloschen. — Argentinien. In Buenos Aires ist noch am 18. April ein Pestfall amtlich bekannt geworden, und bis zum 3. Mai war ein Regierungserlass, dass die Seuche erloschen sei, nicht ergangen. In Rosario wurden vom 5. bis 12. April 7 pestverdächtige Fälle amtlich verzeichnet, am 26. April 1 Pestfall bacteriologisch festgestellt. — Neu-Süd-Wales. In der Zeit vom 8. bis 14. April sind laut amtlicher Mittheilung in Sydney 12 Personen an der Pest gestorben und 29 mit dieser Krankheit in's Hospital gekommen, so dass am 14. April 62 Pestkranke sich in Behandlung befanden. — Neu-Seeland. Zu Folge einer Mittheilung vom 1. Mai ist in Auckland ein Pestfall festgestellt worden. — Queensland. Bis zum 1. Mai waren aus Brisbane schon 3 und aus Townsville 2 Fälle von Pest bekannt geworden. — Westaustralien. Nach einer am 7. Juni eingegangenen telegraphischen Mittheilung ist der Ausbruch der Beulenpest in Freemantle amtlich bestätigt. (V. d. K. G.-A.)

— In der 21. Jahreswoche, vom 20. bis 26. Mai 1900 hatten von deutschen Städten über 40 000 Einwohner die grösste Sterblichkeit Bochum mit 41,0, die geringste Osnabrück mit 9,4 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner. Mehr als ein Zehntel aller Gestorbenen starb an Masern in Darmstadt; an Scharlach in Essen; an Unterleibstyphus in Bochum.

— In der 22. Jahreswoche vom 27. Mai bis 2. Juni 1900 hatten von deutschen Städten über 40 000 Einwohner die grösste Sterblichkeit Regensburg mit 33,4, die geringste Spandau mit 7,9 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner. Mehr als ein Zehntel aller Gestorbenen starb an Masern in Augsburg, Darmstadt, Mainz; an Scharlach in Borbeck; an Diphtherie und Croup in Ulm; an Unterleibstyphus in Bochum.

— Alfons Rothschild-Paris hat testamentarisch 10 Millionen Francs zur Errichtung eines Spitals für Augenkranke bestimmt.

— Herr Prof. Richard Fleischer-Erlangen ist in den Mitbesitz der Heilanstalt Reiboldsgrün i. S. getreten. Diese Heilanstalt feierte am 18. ds. Mts. ihr 175 jähriges Bestehen als Curort.

— Zu dem vom Journal of Laryngology, Rhinology and Otology in London herausgegebenen „International Directory of Laryngologists and Otologists" ist ein Nachtrag in Vorbereitung. Um möglichste Correctheit und Vollständigkeit zu erzielen ersucht die Redaction alle mit den genannten Fächern sich befassenden Aerzte um Einsendung ihrer Namen und Adressen (London W. C., 129 Shaftesbury Avenue).

(Hochschulnachrichten.)

Halle a. S. Der Oberarzt der k. medic. Klinik, Herr Dr. Hofmann, hat sich für innere Medicin habilitirt. — Herr Prof. Harnack ist zum Geh. Medicinalrath ernannt worden. — Die Gesammtzahl der Berechtigten, welche Vorlesungen hören, ist in diesem Semester 1788, darunter 47 Damen. Von diesen gehören keine den klinischen Semestern, einige wenige den früheren Semestern an. In der medicinischen Facultät sind 215 Studirende eingeschrieben, darunter 3 Nichtdeutsche. Der Lehrkörper der medicinischen Facultät beträgt zur Zeit 11 Ordinarii, 1 ordentlichen Honorarprofessor, 9 Extraordinarii und z. Z. 17 Privatdocenten, darunter 5 Universitätsprofessoren.

Kiel. An Stelle des Privatdocent Dr. Hölscher, welcher an das Krankenhaus zu Köln berufen wurde, ist Privatdocent Dr. Sick zum Oberarzt an der chirurgischen Klinik der Universität Kiel ernannt worden. Die Zahl der an hiesiger Universität immatriculirten Studenten beträgt in diesem Semester 1056, gegenüber dem vorigen Sommer-Semester mit 919. Davon studiren 485 = 47,5 Proc. Medicin. Kiel steht somit in Bezug auf Medicinstudirende unter den deutschen Universitäten an 5. Stelle und zählt im Verhältniss zur Frequenz der Immatriculirten die meisten Mediciner.

Strassburg. Dr. med. et phil. Edwin Faust habilitirte sich am 18. Juni für Pharmakologie mit einer Antrittsvorlesung über das Thema: „Historisches über das Recept und die Receptirkunst".

(Todesfälle.)

Geh. Rath Dr. Kühne, Director des physiol. Institutes an der Universität Heidelberg ist am 10. Juni gestorben. Er war seit längerer Zeit leidend, wesshalb er schon im letzten Semester seine Lehrthätigkeit einstellen musste. Er bekleidete den Lehrstuhl in Heidelberg seit 1871. (Nekrolog folgt.)

Mit Dr. August Weiss, der am 16. ds. nach längerem Leiden im frühen Alter von 42 Jahren verschieden ist, verlieren die Münchener Aerzte einen Collegen, der wie wenige Andere seine Zeit und Kraft in den Dienst der ärztlichen Sache stellte. Lange Jahre Mitglied der Vorstandschaft des Aerztlichen Bezirksvereins (Cassier), war er in diesem einer der eifrigsten Mitarbeiter des ihm im Tode vorangegangenen Aub. An allen den ärztlichen Stand beschäftigenden Fragen nahm er lebhaften, oft führenden Antheil, so an der Einführung der freien Arztwahl, an der Schaffung einer Standesordnung, an der Schularztfrage; sein über die letztere dem Bezirksverein erstattetes Referat ist wohl das Beste, was über diesen Gegenstand geschrieben wurde. Im Deutschen Aerztetag, zu dem ihn der Bezirksverein München seit Jahren delegirte, ist er ebenfalls wiederholt und glücklich hervorgetreten. Der Oberbayerischen Aerztekammer gehörte er seit dem Jahre 1893 an. Als Kreiscassier des Invalidenvereins übte er eine mühevolle und zeitraubende, aber höchst dankenswerthe Thätigkeit im Dienste des Standes aus. Sein Verlust wird schwer empfunden werden. Ehre seinem Andenken!

Dr. Julius Althaus in London, 67 Jahre alt. Er war einer der angesehensten deutschen Aerzte in London. Auf seinem Specialgebiet, Neurologie und Elektrotherapie, war er ein äusserst fruchtbarer Schriftsteller.

(Berichtigung.) In No. 23, Seite 818, Spalte 1 muss es in Zeile 40 von unten statt Aufforderung heissen Auffassung. In Zeile 5 von unten muss hinzugefügt werden: Der Antrag Kossmann wird abgelehnt.

Personalnachrichten.

(Bayern.)

Niederlassung: Dr. med. Ernst Mauser, appr. 1899, in München.

Erledigt: Die Bezirksarztsstelle I. Classe in Rottenburg. Bewerber um dieselbe haben ihre vorschriftsmässig belegten Gesuche bei der ihnen vorgesetzten k. Regierung, Kammer des Innern, bis zum 27. Juni lfd. Js. einzureichen.

Die Bezirksarztsstelle I. Cl. in Rothenburg o. T. Bewerber um dieselbe haben ihre vorschriftsmässig belegten Gesuche bei der ihnen vorgesetzten k. Regierung, Kammer des Innern, bis zum 1. Juli l. Js. einzureichen.

In den dauernden Ruhestand versetzt: Der Bezirksarzt I. Cl. Dr. Christoph Wahl in Rothenburg o. T. seiner Bitte entsprechend wegen nachgewiesener physischer Gebrechlichkeit unter Anerkennung seiner langjährigen, treuen und eifrigen Dienstleistung.

Verzogen: Dr. med. Josef Kratz, approb. 1880, von Bonn nach München.

Functionsübertragung: Die erledigte Stelle des Hausarztes bei der Gefangenanstalt Laufen wurde im Einverständnisse mit dem k. Staatsministerium des Innern dem prakt. Arzt Dr. Max Drossbach in Neuhaus am Inn in widerruflicher Weise übertragen.

Gestorben: Dr. August Weiss, k. Bezirksarzt I. Cl. am Bezirksamt München II, 42 Jahre alt.

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 23. Jahreswoche vom 3. bis 9. Juni 1900.

Betheil. Aerzte 230. — Brechdurchfall 38 (32*), Diphtherie, Croup 12 (18), Erysipelas 13 (14), Intermittens, Neuralgia interm. 1 (—), Kindbettfieber 2 (—), Meningitis cerebrospin. — (—), Morbilli 52 (34), Ophthalmo-Blennorrhoea neonat. 6 (4), Parotitis epidem. 8 (2), Pneumonia crouposa 18 (16), Pyaemie, Septikaemie — (1), Rheumatismus art. ac. 24 (23), Ruhr (dysenteria) — (—), Scarlatina 8 (8), Tussis convulsiva 3 (5), Typhus abdominalis 5 (2), Varicellen 13 (10), Variola, Variolois — (—). Summa 203 (169).

Kgl. Bezirksarzt Dr. Müller.

Uebersicht der Sterbefälle in München

während der 23. Jahreswoche vom 3. bis 9. Juni 1900.

Bevölkerungszahl: 463 000.

Todesursachen: Masern 8 (3*), Scharlach — (—), Diphtherie und Croup — (2), Rothlauf 2 (1), Kindbettfieber 1 (—), Blutvergiftung (Pyaemie) — (1), Brechdurchfall 2 (2), Unterleibstyphus 1 (—), Keuchhusten — (1), Croupöse Lungenentzündung — (—), Tuberculose a) der Lungen 30 (34), b) der übrigen Organe 11 (9), Acuter Gelenkrheumatismus — (—), andere übertragbare Krankheiten 2 (5), Unglücksfälle 3 (2), Selbstmord 6 (5), Tod durch fremde Hand 1 (—).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 255 (211), Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 28,6 (23,9), für die über dem 1. Lebensjahr stehende Bevölkerung 16,4 (14,1).

***) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.**

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck von E. Mühlthaler's Buch- und Kunstdruckerei A.G., München.